

Aus dem Medizinhistorischen Institut der Universität Zürich
(Direktor: Prof. Dr. med. Huldrych M. Koelbing)

Arbeit unter der Leitung von PD Dr. phil. Heinz Balmer

Der Nasen-Hals-Arzt Oscar Wild 1870–1932

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Zahnmedizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

ERICH RUDOLF MÜLLER
von Chur GR und Schaffhausen

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. Huldrych M. Koelbing

Zürich 1986



Juris Druck + Verlag Zürich
1986



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus dem Medizinhistorischen Institut der Universität Zürich
(Direktor: Prof. Dr. med. Huldrych M. Koelbing)

Arbeit unter der Leitung von PD Dr. phil. Heinz Balmer

Der Nasen-Hals-Arzt Oscar Wild 1870–1932

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Zahnmedizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

ERICH RUDOLF MÜLLER
von Chur GR und Schaffhausen

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. Huldrych M. Koelbing

Zürich 1986



Juris Druck + Verlag Zürich
1986

Diese Arbeit erscheint gleichzeitig als Heft Nr. 181
der Zürcher Medizingeschichtlichen Abhandlungen,
Neue Reihe.

ISBN 3 260 05127 9



Oscar Wild 1914

Meinen Eltern

INHALTSVERZEICHNIS

I. Oscar Wild	9
a) Sein Lebensgang	9
b) Seine Tochter	14
c) Der Stammbaum	16
II. Gustav Killian, Wilds grosser Lehrer	17
a) Lebenslauf und wichtige Arbeiten	17
b) Der Briefwechsel zwischen Gustav Killian und Oscar Wild	20
III. Wilds wissenschaftliche Abhandlungen	32
IV. Der Holzkasten mit den von Wild extrahierten Fremdkörpern	59
a) Der Holzkasten und sein Inhalt	59
b) Der Fall Richard Staub und die Herkunft des Holzkastens	64
c) Der Fall Friedrich Moser	65
V. Weitere Gegenstände von Oscar Wild	66
VI. Kurse und Vorlesungen Oscar Wilds	68
VII. Anmerkungen	69
VIII. Verzeichnis wissenschaftlicher Arbeiten Oscar Wilds	73
Quellen und Literatur	74
Zusammenfassung	78
Summary	80
Personenregister	81

VORWORT

Oscar Wild gehört zu den Wegbereitern der Rhinolaryngologie an der Universität Zürich. Vor ihm hatten Rudolf Meyer-Hüni (1844-1924) und Hermann Suchanek (1853-1915) das Fach vertreten, während die Ohrenheilkunde von den Dozenten Gustav Brunner (1831-1910) und Friedrich Rohrer (1848-1932) unterrichtet worden waren. Wild bildete die unmittelbare Vorstufe zu Felix Nager (1877-1959), der beide Fachrichtungen vereinigte und mit 70 Jahren zum Ordinariat gelangte.

Wilds Spezialität war die Extraktion von Fremdkörpern aus Luft- und Speiseröhre unter Beihilfe der Tracheoskopie. Dieses Verfahren hatte Gustav Killian in Freiburg im Breisgau 1897 begründet. Der Solothurner Oscar Wild, der 1896 in Zürich das medizinische Staatsexamen bestanden hatte, kam eben zurecht, um als sein Assistent 1899 bis 1901 die Bewährung und Weiterentwicklung tätig mitzuerleben. Als Privatdozent gab Wild das erworbene neue Wissen 1905 bis 1915 an die Zürcher Studenten weiter.

Ich danke der Tochter Oscar Wilds, Frau Dr. phil. Nora Winterhalter-Wild, und der ehemaligen Praxisgehilfin, Fräulein Emma Hierlemann, für lebensvolle Erinnerungen und wichtige Hinweise. Herr PD Dr. med. Urs Boschung, Konservator der Medizinhistorischen Sammlung der Universität Zürich, zeigte mir die Objekte aus Wilds Besitz und half bei der Suche nach den zugehörigen Beschreibungen. Besonders danken möchte ich Herrn PD Dr. phil. Heinz Balmer für die wertvollen Ratschläge und die freundliche Leitung der Arbeit. Für die Annahme der Dissertation danke ich Herrn Prof. Dr. med. Huldrych M. Koelbing.

I. OSCAR WILD

a) Sein Lebensgang

Robert Oscar Wild wurde am 12. Juli 1870 in Solothurn geboren. Sein Vater, Franz Pankraz Wild, stammte aus dem Schwarzwald, wo er den Beruf eines Uhrmachers erlernte; dann zog er in die Schweiz und liess sich nach der Heirat in Solothurn nieder. Wegen seiner Frau, Julie Schleuniger aus Klingnau, erwarb er das Schweizer Bürgerrecht. Später gründete er eine Uhrenfabrik und unterrichtete an der Uhrmacherschule.

Oscar Wild besuchte an seinem Geburtsort nach der Primarschule das Gymnasium. Er gehörte immer zu den besten Schülern. In der Wengia, einer Solothurner Schülerverbindung, war er als einsatzfreudiges Mitglied geschätzt. Wegen seiner Musikvorliebe wirkte er als Kantusmagister. Doch verrichtete er innerhalb des Vereins auch Archivarbeit und half mit an der "Dornacher Feier", die den Zusammenhalt der Mitglieder stärkte. Er soll zierlich und hübsch gewesen sein. 1890 schloss er mit einer in nahezu allen Fächern sehr guten Matura ab.

Sein erstes Studienjahr in Genf widmete er den Naturwissenschaften. 1891 siedelte der verwitwete Vater mit seinen drei Söhnen nach Zürich über, wo Oscar das Medizinstudium aufnahm. Sein Bruder Hermann wurde Kunstmaler und zog als Schüler zu Franz Lenbach in München. Leider starb Hermann schon mit 25 Jahren. Karl, der andere Bruder, lernte Landwirt und bewirtschaftete hierauf ein Milchgut in Wittentat bei Freiburg im Breisgau. Als es nicht recht gedieh, übernahm er ein kleineres Gut in der Nähe von Bischofszell, dessen Haus auf der Spitze eines Hügels steht und einem Schloss ähnelt. Die Familie Oscar Wilds verbrachte dort schöne Ferientage. Zuletzt verdiente Karl seinen Lebensunterhalt in einer Kartonagefabrik bei Bischofs-

zell. Bei seinem Tode 1920 hinterliess er vier Kinder. Eines davon kam in die Familie Oscars nach Zürich in Pflege.

Einen Ausgleich zum anstrengenden Studium fand Oscar im Studentengesangverein. Er pflegte diese Kunst mit Begeisterung. Auch später spielte jener Verein eine grosse Rolle in seinem Leben. So war er furchtbar enttäuscht, als seine Tochter nicht an eine seiner Maifahrten mitkommen wollte.

Während seiner Studienzeit war er in Zürich je ein Semester Unterassistent am anatomischen Institut (Prof. Stöhr), an der chirurgischen Klinik (Prof. Krönlein), an der medizinischen Klinik (Prof. Eichhorst) und an der Irrenheilanstalt Burghölzli (Prof. Forel). In den Semesterferien besuchte er 1893 die Kurse in Würzburg und war 1894 Volontär in einer Apotheke. 1896 schloss er sein Studium ab; er hatte auch alle Zwischenprüfungen glänzend bestanden. Bald darauf wurde er bereits Oberleutnant der Sanitätstruppen. Nach dem Staatsexamen vollendete er beim Pathologen Hugo Ribbert in Zürich seine Dissertation "Ueber die Entstehung der Miliartuberculose".⁴ Die weitere Ausbildung folgte im Ausland. In London arbeitete er zuerst am German Hospital, dann in der Poliklinik der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung am St. Bartholomew's Hospital, wo er sich zugleich im bakteriologischen Laboratorium betätigte. Er war mit seinem Freund Albert Steiner gereist. Die beiden lernten in London die Schwestern Zweifel kennen, die sie später heirateten, so dass sie Schwäger wurden. Vater Zweifel, ein Schweizer Baumwollhändler, lebte mit seiner Familie in London. Der folgende Aufenthalt in Paris galt vor allem psychiatrischen Studien an der Salpêtrière, wo Fulgence Raymond als Nachfolger Charcots lehrte. Hierauf übernahm Wild in Tübingen die Stelle eines Volontärarztes an der Frauenklinik, und im selben Jahr noch wurde er Assistent am Sanatorium des Hofrats Dr. Karl Turban in Davos. Im Herbst 1899 wurde er bei Professor Gustav Killian zweiter und nach einigen Monaten erster Assistent in dessen laryngologischer Klinik in Freiburg im Breisgau. In diesem Amt musste er

seinem Chef bei den Untersuchungskursen und Vorlesungen assistieren, in dessen Abwesenheit diese selber halten und dazu noch die Leitung der Klinik übernehmen. Zwei Jahre später siedelte er nach Zürich über. Er eröffnete dort eine Praxis für Nasen-, Hals- und Lungenkrankheiten und wirkte gleichzeitig als Volontärarzt in seinem Spezialgebiet an der Poliklinik der Universität.

Im selben Jahr, 1901, vermählte er sich mit Maria Zweifel von Höngg. Sie schenkte ihm am 27. April 1903 eine Tochter Nora. Ihr Brüderchen, Anfang 1906 geboren, verstarb noch im gleichen Jahre. Das Familienleben hätte ein überaus glückliches sein können, wenn es nicht zeitweise durch schwere Krankheit der Eltern getrübt worden wäre.

Wilds Praxis war an Werktagen ausgenommen donnerstags geöffnet. Im Herbst widmete er diesen Tag der Jagd, die für ihn die grösste Erholung bedeutete. Er traf sich mit Dr. Anderes und anderen Freunden im Hotel St. Gotthard an der Bahnhofstrasse 87. Der dortige Wirt, Heinrich Ernst Manz (*1881), nahm ebenfalls teil. Zuerst bot er allen eine Stärkung an. Dann brach das Dutzend mit Auto oder Taxi ins Jagdgebiet auf. Oscar Wild hatte gleichzeitig ein Revier bei Klingnau im Kanton Aargau und eines im Schwarzwald bei Dogern nahe der Schweizergrenze. Wenn seine Tochter mitgenommen wurde, betete sie heimlich, dass niemand etwas treffe, denn die Tiere taten ihr leid. Wilds Jagdhunde waren Spaniels und Vorstehhunde. Oft benutzte er zur Reise ein Taxi, da er kein Auto besass. Wenn es Wild gesundheitlich wieder einmal schlechter ging und keine Jägerei stattfand, entwischte der Hund und legte sich aus lauter Sehnsucht in ein Taxi beim Bahnhof. Dieses brachte ihn anschliessend heim. Dadurch kam der Hund wirklich teuer zu stehen.

Das Sanatorium St. Blasien, das in der Nähe seines Ursprungsortes Menzenschwand lag, wurde von seinem besten Freund und Vetter Ernst Mayer übernommen. Wild unterstützte es mit Beiträgen und diente während vieler Jahre im Aufsichtsrat. Später weilten seine Frau und er selber öfters zur Erholung dort.

1905 habilitierte er sich an der Universität Zürich mit einer Arbeit über die Untersuchung der Luftröhre². Im Sommersemester begann er mit Vorlesungen und mit praktischen Kursen über Nasen- und Halskrankheiten. Nach einigen Jahren musste er aus gesundheitlichen Gründen immer öfter aussetzen und schliesslich im Wintersemester 1915 zurücktreten.

Im Parterre seines Hauses an der Steinwiesstrasse befand sich die Praxis. Operationen und wichtige Behandlungen führte er mit Vorliebe am Morgen durch. Die häufigsten Eingriffe bestanden im Entfernen von Nasenpolypen und entzündlich veränderten Kindermandeln. Dazu musste die Gehilfin das Kind auf den Schoss nehmen und ihm Hände und Kopf halten, worauf er mit einer Klammer schnell die Mandeln abdrückte. Grössere Operationen wie Kieferhöhlenausträumungen erledigte Wild auswärts im Theodosianum. Lungenkranke schickte man ans Röntgeninstitut Interna an der Mühlebachstrasse. Eines Morgens erschien eine Patientin mit einem Mandelabszess in furchtbarem Allgemeinzustand. Sie konnte kein Wort über die Lippen bringen. Nach der Inzision wurde sie nach ihrem grössten Wunsch befragt und antwortete: "K-Kaffi K-Kirsch!" Bei Killian hatte er die Extraktion eines Fremdkörpers aus Luft- oder Speiseröhre gelernt. Einige merkwürdige Fremdkörper legte er in Gläschen, die er sorgsam in einer Schachtel aufbewahrte. Seiner Gehilfin Emma Hierlemann, die die letzten fünf Jahre vor seinem Tod in der Praxis arbeitete, wurde es beim ersten operativen Eingriff übel. Er tröstete sie damit, dass er als Student nach seiner ersten Operation ein Schnäpschen habe trinken müssen. Sie hatte diese Stelle als

Deutsche nur annehmen dürfen, weil auch Mithilfe im Haushalt verlangt worden war. Ohne diese hätte sie schon neun Jahre Wohnsitz in der Schweiz haben müssen. Nebenher half sie der Köchin beim Geschirrabtrocknen. Nach Wilds Tod hätte sie gerne weiterhin Praxisarbeit erledigt; doch bot sich keine solche Stelle mehr an. Daher besuchte sie einen Kurs für Manicure und Pedicure und übte diesen Beruf bis zur Pensionierung aus. Wilds Schwager Dr. Albert Steiner führte an der Apollostrasse eine Praxis für Allgemeinmedizin. Manchmal schaute er am Morgen zum Frühstück herein. Sie hatten ein nettes Verhältnis zueinander.

Zu Hause hatte man am Abend gelegentlich Gesellschaft. Man lud ein Ehepaar oder die Jagdgefährten ein. Zu diesen Gelegenheiten stellte seine Frau wunderschönen Blumenschmuck zusammen. Die Köchin Berta wusste sehr gute Suppen zu machen, die er jeweils rühmte, wenn er von einer Reise zurückkam. Auch bereitete sie fachgerecht alle möglichen Tiere wie Hirsche und Schnepfen zu, die auf der Jagd erlegt worden waren. In Klingnau besass die Familie auch einen Rebberg. Der von dort gewonnene Wein, den man im Keller lagerte, war eine kostspielige Angelegenheit, denn man musste zu seiner Herstellung Leute beschäftigen.

Die Sommerferien verbrachte man meist bei den Verwandten in Menzenschwand am Fusse des Feldberges. 1914 musste man mit Ross und Wagen so schnell wie möglich in die Schweiz zurückkehren. Plötzlich scheute eines der Pferde und brannte durch. Wild blickte sich nach den hingefallenen Koffern um und regte sich deswegen auf; seine Tochter dagegen sah angstvoll nach vorne und konnte ihn nicht verstehen.

Wilds Schwiegervater Zweifel war reich und lud seine Verwandten ab und zu einige Tage nach Sils Maria, Flims Waldhaus oder in das Hotel Schweizerhof nach Luzern ein.

Leider ging es Wild allmählich immer schlechter. Seine Darmtuberkulose erforderte mehrere schwere Operationen und Erholungsaufenthalte in St. Blasien. Diese taten auch seiner Frau gut, da sie an Leukämie litt. Im November 1932 musste er eine solche Kur unterbrechen und sich sofort in einem Berner Spital operieren lassen. Dort starb er kurz darauf.

b) Seine Tochter

Nora Winterhalter-Wild, geboren im April 1903, verbrachte ihre Jugendzeit im Hause ihrer Eltern, das sie später wieder bezog. Die einstigen Praxisräume dienten nach Wilds Tod als Mietwohnung, und im Dachgeschoss hielten sich meist zwei bis drei Studenten auf.

Einmal in den Ferien, als sie ausschlafen wollte, wurde sie geweckt. Sie sollte dem Vater bei einer Nasenscheidenoperation assistieren. Plötzlich wurde ihr beim Meisseln schwarz vor den Augen. Statt sie zu bemitleiden, befahl er ihr streng, sich zusammenzunehmen, und dies nützte tatsächlich. Jeden Sommer verbrachte die Familie Ferien bei Verwandten in Menzenschwand nahe dem Feldberg. Mit dem Vetter Ludwig Mayer durfte sie jeweils Regenwürmer ausgraben und ihm beim Fischen zuschauen. (Der Enkel dieses Vetters zeigte ihr kürzlich sein Labor, wo er seine Doktorarbeit macht. Als sie nicht volles Verständnis für die verwirrende Technik aufbrachte, sagte er: "Nora, du hast nicht die richtige Einstellung zur Wissenschaft!")

Nach der Mittelschule studierte sie Botanik an der ETH. 1930 doktorierte sie beim Pflanzenpathologen Professor Ernst Gäumann. Kurze Zeit später verheiratete sie sich mit dem Geologen Dr. Robert Winterhalter, einem entfernten Verwandten von Martin Winterhalter, dem Erfinder des Reissverschlusses. Merkwürdiger-

weise war ihre eigene Urgrossmutter, Theresia Wild, ebenfalls eine geborene Winterhalter. Die Verwandtschaft ist jedoch unbekannt, da die Akten im Kloster St. Blasien verbrannt sind. Ihr Mann war zweiter Adjunkt der Schweizerischen geologischen Kommission unter der Leitung von Professor August Buxtorf mit Sitz in Basel. Zuvor hatte er als Adjunkt der geotechnischen Kommission an der geotechnischen Karte der Schweiz mitgearbeitet. Die geologische Kommission hatte sich die geologische Kartierung der Schweiz zum Ziel gesetzt. Anerkannte Fachleute wurden mit den einzelnen Kartenblättern beauftragt. Robert Winterhalter erhielt das Blatt 412, das die Greina, ein Gebiet in der Nähe von Disentis, umfasste. Nach der Aufgabe seines Adjunktpostens arbeitete er noch bis 1957 nebenamtlich daran. In Zürich eröffnete er 1941 eine eigene geologische Praxis. Seine Aufträge bestanden aus Beratung bei bergsturzgefährdeten Gebieten, beim Hausbau, bei der Standortsuche für Masten der Elektrizitätswerke usw. Seine Frau half ihm bei der Auswertung der mikroskopischen Schnitte. Zwei Kinder wurden ihnen geboren: Ursula Maria und Kaspar Heinrich, der Medizin studierte und Professor für Biochemie an der ETH wurde.

Frau Dr. Winterhalter übernahm später Filmbesprechungen für ein Jugendblatt und erteilte Unterricht in Botanik, Zoologie und Anthropologie an der Töchterschule Zürich. Wiederum eine neue Aufgabe fand sie am Phytopathologischen Institut bei Professor Ernst Gäumann. Nachdem dessen Assistent Leopold Ettlinger einen Lehrstuhl für spezielle Botanik an der ETH erhalten hatte, arbeitete sie dort weiter. Namentlich stellte sie Literatur zusammen, so für die mikrobiologische Erforschung der Hefe und der Essigbakterien und auch des *Bacillus Turicensis*, der nur Maikäfer befällt. Bis zum Rücktritt Ettlingers 1983 arbeitete sie noch freiwillig für ihn. Daneben half sie Prof. Elias Landolt und Dr. Hans Hess bei der Herausgabe einer dreibändigen vollständigen Schweizer Flora. Sie war für die Literaturkartei und die Literaturhinweise zuständig.

c) Der Stammbaum

Mathias Wild
= 1714 Barbara Maier

Michael Mayer
= 1726 Anna Ecklauer
(Urgrosseltern des Kunstmalers
Hans Thoma, 1839-1924)

Markus Wild (1722-1775)
= Anna Maier

Josef Mayer
= 1764 Katharina Beckert

Josef Wild (1758-1819)
= Maria Anna Dietsche

Eva Mayer = 1790
Fidel Winterhalter*

Kajetan Wild (1790-1850) = 1826

Theresia Winterhalter
(Schwester des Kunstmalers
Franz Xaver Winterhalter, 1805-1873)

2. Kind

4. Kind

Balbina Wild (1830-1907)
= 1856 Peter Maier

Franz Pankraz Wild (1835-1907)
Uhrmacher, Begründer der Uhrmacherschule
in Solothurn
= 1869 Julie Schleuniger

Theresia Maier
= 1888 Arnold Mayer
in Menzenschwand

Oscar Wild
(1870-1933)
= Maria Zweifel

Hermann Wild
(1875-1900)
Kunstmaler, ledig

Karl Wild
(1876-1920)
= Helene Idler

Ludwig Mayer
(geb. 1895)

Nora Wild
(geb. 1903)
Dr.sc.nat.,
Phytopathologin
= Robert Winterhalter
(1902-1978)*
Dr.sc.nat., Geologe
(verwandt mit Martin
Winterhalter, dem Er-
finder des Reissver-
schlusses)

Hans Wild
(geb. und
gest. 1906)

Hermann
(geb. 1909)
Ingenieur

Rudi
(geb. 1911)
Eisenbahnli-
wirt in
Zürich

Franz
(geb. 1912)
Seifenfach-
schule,
Kaufmann

Margaretha
(geb. 1916)
Leiterin
eines Blindenheims

Ursula Maria Winterhalter (geb. 1930)
= Claus Agthe
Botaniker, Mikrobiologe beim WWF und
bei der UNO

Kaspar Heinrich Winterhalter (geb. 1934)
Dr. med., Prof. der Biochemie an der ETH
= M. Guasco

Monika Agthe (geb. 1953)
= Hans Lehner

Cecilia (geb. 1962) Silvia (geb. 1963) Maria Julia (geb. 1969)

Karin (geb. 1972)

* Die Verbindung zwischen diesen Winterhaltern ist nicht mehr bekannt, da die Unterlagen im Kloster St. Blasien verbrannt sind.

II. GUSTAV KILLIAN, WILDS GROSSER LEHRER

a) Lebenslauf und wichtige Arbeiten

Gustav Killian wurde 1860 als Sohn eines Gymnasiallehrers geboren. Das Medizinstudium führte ihn nach Strassburg, Freiburg im Breisgau, Berlin und Heidelberg, wo er 1884 mit dem Staatsexamen abschloss. Nachdem er auf chirurgischen Abteilungen seine praktischen Fähigkeiten erweitert hatte, unterzog er sich 1886 in Berlin einer oto-rhino-laryngologischen Ausbildung bei den Professoren Fränkel, Hartmann und Krause. 1887 übernahm er in Freiburg im Breisgau auf Vorschlag Hartmanns die Poliklinik und habilitierte sich dort wenig später für Rhinologie und Laryngologie. Meist beschränkten sich damals die Laryngologen aufs Diagnostizieren und überwiesen dann den Patienten an den Chirurgen. Killian begann, selber Eingriffe in seiner Klinik auszuführen. Als wesentliche Neuerung führte er 1890 "die Untersuchung der hinteren Larynxwand" am hängenden Kopf mit dem Larynxspiegel ein³. Damit sah man wesentlich mehr als mit den damals gebräuchlichen Instrumenten, die auf dem Prinzip von Glasprismen beruhten. Innert kurzer Zeit war er in Europa so bekannt, dass man ihn 1892 in Freiburg im Breisgau zum Professor ernannte. Dort entstanden die wesentlichsten seiner Arbeiten⁴. Ebenfalls zur Verbesserung der Untersuchung der Luftwege trug die Einführung der sogenannten Rhinoscopia media bei, die mit einem besonders ausgeformten Nasenspekulum durchgeführt wird.

Da ihn die damals übliche indirekte obere Laryngo-Tracheoskopie nicht befriedigte, wandte er sich der direkten Untersuchung von Kehlkopf, Luftröhre und Bronchien zu. Bald machte er eine sensationelle Entdeckung: entgegen der bisherigen Lehrmeinung waren die Luftröhre und die Bronchien sehr beweglich und elastisch. Mit diesem Wissen gelang ihm als erstem die Bronchoskopie⁵. Er konnte mit seinem starren Rohr bis in die Bronchien

dritter Ordnung gelangen, indem er sämtliche Krümmungen mit dem Rohr ausglich. Killian führte seine Erfindung 1897 in Freiburg im Breisgau vor. Neben diagnostischen Vorteilen hatte diese Methode Bedeutung bei der Entfernung von Fremdkörpern aus den unteren Luftwegen. Mit dem ständig verbesserten Instrumentarium gelang die Extraktion in fast allen frischen Fällen. Auch wenn Fremdkörper schon längere Zeit in einem Bronchus fixiert waren und bereits Veränderungen in Bronchus und Lunge entstanden waren, konnte vielfach Heilung erreicht werden. Der riesige Erfolg war um so begreiflicher, als vorher die einzige Behandlungsmöglichkeit die Pneumotomie gewesen war, die damals meist tödlich verlief. So gelang es, Patienten mit einem verhältnismässig einfachen Vorgehen zu heilen, die zuvor mit einem baldigen Tod hatten rechnen müssen.

In Berlin verbesserte er 1912 nochmals die Untersuchungsmethode für den Kehlkopf mit der Schwebelaryngoskopie⁶. Man kann damit am nach hinten hängenden Kopf mit einem gebogenen Spatel, der bis zur Epiglottis reicht, den Kehlkopf und einen Teil der Luftröhre direkt inspizieren und dabei beide Hände freihalten.

Daher wandte man dieses Verfahren häufig bei endo-laryngealen Eingriffen an. Es wurde als grosser Fortschritt betrachtet.

Auf der Bronchoskopie und Schwebelaryngoskopie beruht letzten Endes die Entwicklung der endo-trachealen und endo-bronchealen Narkose.

Weiter war Killian auf dem Gebiet der Rhinologie tätig. Zur Behebung von Septumdeviationen entwickelte er 1899 die submuköse Fensterresektion, die durch ihre überlegene Einfachheit rasch Verbreitung fand⁷. Die wesentliche Neuerung bestand darin, dass er die Septumschleimhaut stehenliess. Dadurch verkürzte sich die Heildauer.

1902 gab er die Killiansche Radikaloperation chronischer Stirnhöhleneiterungen an.⁸ Er erreichte damit nicht nur die vollständige Ausheilung des Sinus frontalis, sondern vermied auch Gesichtsentstellungen. Sonst entfernte man damals alle Wandteile des Sinus samt dem Orbitalrand. Killian erzielte ein gutes kosmetisches Ergebnis, indem er den Orbitalrand stehenliess und eine Schnittführung durch die Augenbrauen anwandte.

Killian hat in Freiburg im Breisgau eine Schule seines Faches begründet. Einige seiner Zöglinge haben Ruf erworben: so Carl von Eicken, der später sein Nachfolger in Berlin wurde, Wilhelm Brünings, der durch seine technische Begabung das Ösophago-bronchoskopische Instrumentarium ausgestaltete, der Japaner Ino Kubo, der als Professor in Tokio Killians Gedankengut in Japan verbreitete, und Otto Kollreuther.

1907 lud die amerikanische Oto-Rhino-Laryngologische Gesellschaft Killian zu mehreren grossen Kongressen in die Vereinigten Staaten ein. Im Verlauf dieser Reise überzeugte er viele Zweifler mit Demonstrationen. Er gewann viele Freunde und wurde Ehrenmitglied der amerikanischen Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft. 1911 folgte er einem Ruf als Ordinarius für Laryngologie und Rhinologie nach Berlin. Die Laryngologen hatten sich gegen einen gemeinsamen Lehrstuhl mit Ohrenheilkunde gewehrt.

Viel Zeit widmete Killian der Lehrtätigkeit. Zu diesem Zweck schuf er Abbildungen, Modelle und epidiaskopische Projektionen. Er war ein fesselnder, Neugierde weckender Lehrer.

1921 starb er an einem Magenkarzinom.

b) Der Briefwechsel zwischen Gustav Killian und Oscar Wild

Nachdem Wild seine Assistentenstelle bei Gustav Killian in Freiburg im Breisgau verlassen hatte, entstand mit seinem früheren Lehrer ein Briefwechsel. Wild bewahrte die Zuschriften Killians auf. Heute befinden sie sich im Medizinhistorischen Institut der Universität Zürich.

Die beiden ersten Zuschriften betreffen eine Abhandlung Wilds.

Nr. 1: Undatiertes Visitenkärtchen

Es trägt den Aufdruck "Dr. Gustav Killian, Professor e.o. an der Universität, Freiburg i.B., Friedrichstrasse 39" und die handschriftliche Beifügung:

konnte die Sache gerade noch flüchtig durchlesen und ist der Ansicht, dass sie so abgeliefert werden kann. Das Resümé ist zu kürzen, Wiederholungen sind möglichst zu vermeiden. Vor dem Druck bedarf es einer gründlichen Revision des Inhalts. Mit freundl. Grusse Ihr Killian.

Nr. 2: Brief vom 25. Juli 1904

Freiburg i.Br. den 25. VII. 1904

Lieber College!

Ich bin natürlich mit allem einverstanden und freue mich, dass Ihre Arbeit in eine so feine Zeitschrift kommt:

Mich bringt die Praxis beinahe um. Heute brachte sie mir eine grosse Enttäuschung; zum zweitenmal versuchte ich die obere Bronchoskopie vergebens bei einem 7jährigen Kindchen aus Paris mit einem ganz peripher sitzenden conischen kleinen Hohlträger im rechten Unterlappenbronchus. Die Schwierigkeiten sind trotz Narcose und allerhand verschmitzter Merkrestriktionen [Ablenkungsmanöver] schier unüberwindlich.

Die englische und die französische Uebersetzung meines Atlas ist gedruckt und muss nächstens herauskommen (Gustav Fischer, Jena).⁹

Ich kann erst im September ausspannen. Dann werde ich aber am Zusammenbrechen sein.

Wünsche Ihnen noch Glück zur Habilitation.

Mit herz1. Grüssen

Ihr Killian.

Gerade an jenem 25. Juli reichte Wild sein Habilitationsgesuch der Erziehungsdirektion des Kantons Zürich ein. Auf Beginn des Wintersemesters empfing er Killians Rat für den Probevortrag und die Antrittsvorlesung, zugleich aufmunternden Beifall für die Absicht, eine Spezialpraxis zu eröffnen. Killian hatte 1903 ein Buch über "Die Nebenhöhlen der Nase" veröffentlicht.

Nr. 3: Brief vom 18. September 1904

Freiburg i.Br. den 18. IX. 1904

Lieber College!

In Eile vor meiner Abreise beantworte ich Ihre Zeilen und ver-
spaaire [sic!] die Hauptsache auf eine demnächstige mündliche
Unterredung in Zürich, da ich dorthin kommen werde.

Für die Fakultät empfehle ich Ihnen als Thema "Diagnose und
Therapie der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen".

Für den öffentlichen Vortrag: "Die moderne Laryngo-Rhinologie"
oder "Die modernen Hilfsmittel zur Erkennung und Behandlung der
Krankheiten der Luftwege und oberen Speisewege".

Das Nebenhöhlenthema wäre nach meiner Einleitung im Heymann-
schen Lehrbuch zu behandeln.

Für beide Vorträge empfehle ich Ihnen einen streng akademischen
Ton, eine gewählte Form, Vermeidung aller Seitenhiebe und Wit-
ze, weil letztere leicht einen schlechten Eindruck machen.

Im Uebrigen: "Auf mit der Poliklinik" und Klinik! Aber sichern
Sie sich wenigstens einen Titel, der die Zugehörigkeit zur Uni-
versität dokumentiert. Geschäfte kommen später ganz gewiss,
wenn Sie die Lebensfähigkeit und Nothwendigkeit Ihrer Anstalt
nachgewiesen haben.

Mit herzlichem Grusse

Ihr Killian

Oscar Wild schlug für die Probevorlesung ausser dem von Killian befürworteten Vortrag über die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen die Oesophagoskopie und den Peritonsillarabszess als Themen vor. Die Fakultät wählte den ersten Vorschlag. Aus der nächsten Botschaft erfahren wir:

Nr. 4: Postkarte vom 23. November 1904

Fr. d. 23. XI. 1904.

Lieber College!

Es freut mich sehr, dass Ihre Angelegenheit so weit gediehen ist. Am 4. December hoffe ich nach Zürich kommen zu können und bin dann sehr gespannt auf Ihren mündlichen Bericht.

Mit freundl. Grusse
von Haus zu Haus

Ihr Killian

Offenbar liess Killian die englische Fassung einer Abhandlung zur Durchsicht und Verbesserung bei Wild zurück. Bald verliess ihn die Geduld.

Nr. 5: Postkarte vom 1. Januar 1905

F. den 1. I. 1905.

Lieber College!

Wünsche Ihnen und Ihrer Frau Gemahlin viel Glück zu dem wichtigen Jahre 1905 und bitte zugleich um gütige Rücksendung der englischen Uebersetzung.

Mit freundlichem Grusse

Ihr Killian

Nr. 6: Postkarte vom 8. Januar 1905

F. d. 8.I.1905

Lieber College!

Ich möchte um die schleunige Zusendung der Forster'schen Uebersetzung einerlei ob gelesen oder nicht inständigst gebeten haben!

Mit freundl. Grusse

Ihr Killian.

Anscheinend enthielt die Uebersetzung viele Unzulänglichkeiten, die dem Ehepaar Wild Mühe bereiteten. - Beim "Knochenfall" wird es sich um die Herausbeförderung eines Knochensplitters gehandelt haben, den ein Patient verschluckt hatte. Solche Extraktionen hatte Wild bei Killian gelernt.

Nr. 7: Brief vom 11. Januar 1905

Fr. d. 11.I.1905

Lieber College!

Warum haben Sie mir von all Ihren Misereen mit der Uebersetzung nicht ein Wörtchen zur rechten Zeit mitgetheilt? Ich hatte ja keine Ahnung davon, dass es so mit der Sache steht. Ich danke Ihnen und Ihrer Frau Gemahlin auf das wärmste, dass Sie sich so viel Mühe mit der Sache gegeben haben. Es ist schrecklich, ich habe auch mit der englischen Uebersetzung meines Atlas¹¹ so viel Scherereien gehabt! Am besten wird wohl sein, wenn ich die Sache ganz aufgebe.

Zu Ihrem Knochenfall meine herzliche Gratulation. - Können Sie denn nicht ein ganzes Haus miethen? Wenn die Sache nur zu Stande kommt! Mit freundlichem Grusse an Ihre werthe Frau und Sie

Ihr Killian

Anfang 1905 wurde Wilds Habilitationsschrift bereits veröffentlicht. Dies war möglich, weil nicht nur Wild, sondern auch der Zürcher Chirurgieprofessor Ulrich Krönlein grossen Wert auf baldigen Druck legte. Killian schreibt dazu:

Nr. 8: Postkarte vom 11. Februar 1905

F. d. 11.II.1905

Lieber College!

Goldmann findet Ihre Arbeit prima primissima! Ich gratuliere und bitte um 3-5 Exemplare. Hoffentlich finden Sie das nicht unbescheiden. Habe heute bei einem Morphinisten eine Pravaz'sche Nadel aus dem rechten Unterlappenbronchus gezogen.

Freundliche Grüsse

Ihr Killian

Edwin Ellen Goldmann war ein guter Freund Killians. Er wirkte als ausserordentlicher Professor für Chirurgie in Freiburg im Breisgau und machte sich vor allem um die Entfernung maligner Geschwülste verdient.

Nr. 9: Brief vom 16. März 1905

Freiburg i.Br. den 16.III.1905

Lieber Herr College!

Besten Dank für die übersandten Separata. Ich habe die Arbeit noch einmal durchstudiert. Es ist schade, dass Sie nicht genügend Material über Nachuntersuchungen hatten. Das müssen Sie später noch machen.

Senden Sie Separata an alle namhaften Laryngologen, insbesondere auch des Auslandes. Empfehle Ihnen Lermoyez, Luc, Moure, Semon, Paterson (Cardiff, 15 St. Andrew's Crescent, er hat meinen Atlas übersetzt), ferner an einen Amerikaner und Italiener. B. Fränkel und Inračz sind nicht zu vergessen, auch Bäumler.

In Heidelberg sollten Sie einen Auszug ergänzt durch neuere Erfahrungen geben.

Kann die Arbeit nicht separat in buchhändlerischen Vertrieb gebracht werden?

Eine Sache empfinde ich als grosses Unrecht, dass in der Ueberschrift meine Klinik fehlt. Wie ist denn das zugegangen? Ich erinnere mich nicht daran, dass ich darüber unterrichtet war. Mir kommt es wie eine Ironie des Schicksals vor.

Mit freundlichem Grusse an Ihre werthe Frau Gemahlin und Sie

Ihr Killian.

Am 7. August 1904 trafen sich Abgeordnete der Süddeutschen, Westdeutschen, Berliner und Münchner laryngologischen Gesellschaft. Der Vorschlag, diese vier Vereine zusammenzuschliessen, stiess auf Ablehnung, da dadurch das Leben der einzelnen Gesellschaften beeinträchtigt würde. Die süddeutschen Laryngologen waren darüber verstimmt. Ein anderer Vorschlag zielte dahin, aus den vier Vereinigungen eine Kommission zu wählen. Dies erschien den Abgeordneten als zu umständlich, denn bis dann jeweils etwas beschlossen würde, verstriche viel Zeit. Um die Stellung der Laryngologie trotzdem zu verbessern, gründeten die bestehenden Vereine eine Deutsche Laryngologische Gesellschaft. Dies lag im Zuge der Zeit, die vom Alldeutschtum schwärmte. Obschon die bestehenden Vereine nicht beeinträchtigt werden sollten, fühlte sich die Gesellschaft süddeutscher Laryngologen von dieser Konkurrenz bedroht.

Nr. 10: Rundschreiben von anderer Hand mit Zusatz Killians vom
11./15. Mai 1905

11./15. Mai 1905.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Wichtige Fragen, welche mit der weiteren Existenz unserer Vereinigung süddeutscher Laryngologen zusammenhängen, erfordern eine Vorberatung und eine Vorbesprechung. Die unterzeichneten Mitglieder, welche schon im vorigen Monat in dieser Beziehung miteinander in Verbindung getreten sind, ersuchen Sie um Ihre geschätzte Teilnahme und laden Sie zu dieser Vorbesprechung auf Samstag den 20. Mai Abends 8 Uhr in das Grand Hotel nach Heidelberg ein.

Inračz
Seifert
Killian
Fischenich⁴²

N.B. Es wäre mir sehr lieb, wenn Sie kommen könnten. Wir müssen unsere Heidelberger Vereinigung vor dem Untergang retten.

Mit freundlichem Grusse

Ihr Killian.

In der Schweiz wirkte damals als Basler Professor für Otolaryngologie der bedeutende Kocher-Schüler Friedrich Siebenmann. Killian hoffte jedoch mehr auf die Teilnahme seines eigenen ehemaligen Assistenten Oscar Wild. Der Berner Fachvertreter am Jennerspital war Wilhelm Lindt (Privatdozent seit 1889, Titularprofessor 1907).

Nr. 11: Brief vom 15. Mai 1905

F. d. 15. V. 1905.

Lieber College!

Es handelt sich um den Fortbestand unserer Heidelberger Vereinigung, um unsere Stellung zu der neuen Gesellschaft für Laryngologie und um einen Beschluss betreffend Avellis, wegen Nichtbefolgung eines Vereinsbeschlusses. Die Berathung hat um so mehr Bedeutung, je mehr Collegen daran theilnehmen. Insbesondere sollte auch die Schweiz vertreten sein, zumal Siebenmann wohl kaum kommen wird.

Ich reise am nächsten Samstag um 3.32 hier ab. Wenn Sie 11.40 abreisen, so können wir denselben Zug benutzen.

Mit freundlichem Grusse

Ihr Killian

Nr. 12: Mit einer Kopierpresse hergestellter Abzug eines Briefes von Wild an Killian vom 29. Mai 1905

den 29. Mai 05

Hochverehrter Herr Professor!

Heute erhielt ich eine Zuschrift von Avellis, die mich ahnen lässt, dass für unsere Versammlung in Heidelberg recht ausserordentliche und für den Out-Sider überraschende Vorbereitungen getroffen werden. Ich halte es für meine Pflicht, Ihnen mitzutheilen, dass ich, nach Empfang des Circulaires btrf. Gründung einer deutschen laryngologischen Gesellschaft, vertrauend auf das illustre Comitatus*, mich als Mitglied der neuen Gesellschaft meldete. Das geschah in der Meinung, dass unser Verein süddeutscher Laryngologen nach wie vor crescat et floreat**, dass aber durch einen Centralausschuss, ähnlich wie bei den Chirurgen etc., unserer Spezialwissenschaft die gebührende Stellung aka-

* Comitatus = Ehrengelait

** = wachse und blühe

demisch und praktisch gesichert werde. Da ich letztes Jahr am Heidelberger Congress nicht teilnehmen konnte und auch sonst nichts weiteres erfuhr, hatte und habe ich noch jetzt keinen Einblick hinter die Coulissen. Meine geplante Heidelbergerreise wurde leider plötzlich zu Wasser; das bedauere ich jetzt doppelt.-

Die letzten 3 Tage war hier der Congress des schweiz. ärztl. Zentralvereins. Ueber Ihre Seiten wurde ich interpelliert. Ich bin der Ansicht Krönleins: "Die Süddeutschen sollen zusammenbleiben, die Alldeutsche kann trotzdem entstehen." Am meisten erstaunt mich die Ohrencomplication: getrennt auf mediz. Congressen; vereintes spezialistisches Conglomerat. Wo bleibt da die Logik? Da könnte man beinahe eine Facialislähmung bekommen. Ich wäre Ihnen ausserordentlich dankbar, wenn Sie mir im Interesse unserer Wissenschaft einen kurzen Bericht über die aussergerichtlichen Verhandlungen geben würden und über Ihre Ansicht, wie meine Schweizercollegen und ich sich verhalten sollen.

Herzliche Grüsse von Ihrem ergebenen

Oscar Wild

Mit der "Ohrenkomplikation" meinte Wild die Tatsache, dass der Verein süddeutscher Laryngologen unmittelbar vor oder nach den Otologen zu tagen pflegte, damit man leicht beide Versammlungen besuchen konnte und damit gemeinsame Erörterungen möglich wurden. Dagegen wollten die Laryngologen auf zwei unabhängigen Sektionen bei Kongressen beharren, um ihre Selbständigkeit zu betonen.

Nr. 13: Postkarte vom 3. Juni 1905

F. d. 3. VI. 1905

Werther Herr College!

Kommen Sie doch am Pfingstsamstag gleich zu mir. Ich will Ihnen dann alles auseinandersetzen. Schriftlich wäre das eine recht umständliche Sache. Hug hat mir heute zugesagt. Auch Siebenmann und Lindt kommen. Die Schweizer müssen verlangen, dass sie im Vorstand der neuen d. l. G. [deutschen laryngologischen Gesellschaft] einen Vertreter haben. Mit freundlichem Grusse

Ihr ergebenster Killian

Der Verein süddeutscher Laryngologen beschloss dann an seiner Versammlung in Heidelberg am 12. Juni 1905, dass die Trennung der Sektionen und deren Selbständigkeit aufrechterhalten werden sollte.

1908 wurden nach längeren Vorverhandlungen beim ersten internationalen Laryngologenkongress in Wien die Deutsche laryngologische Gesellschaft und der Verein süddeutscher Laryngologen zum Verein deutscher Laryngologen zusammengeschlossen.

Killians wohl berühmtester Schüler war Carl von Eicken, der sich 1903 bei ihm habilitierte, 1910 nach Giessen und 1922 nach Berlin berufen wurde.

Nr. 14: Postkarte vom 18. Oktober 1905

F. d. 17. X. 1905.

Sehr geehrter Herr College!

Ich bin in München krank geworden; daher gingen meine Zürcher Pläne in die Brüche. Jetzt bin ich wieder ganz wohl; da aber v. Eicken verreist ist, kann ich nicht fort.

Auf den weiteren Verlauf Ihres Falles bin ich gespannt, wünsche Ihnen guten Erfolg. Empfehle Lage auf die gesunde Seite und gute Pumpen. Heute wurde mir auch ein Fall angemeldet: Zwetschenstein [sic!], sechs Jahre in der linken Lunge!

Mit freundlichem Grusse

Ihr Killian.

Nr. 15: Postkarte vom 1. Jan. 1906

F. d. 1. I. 1906.

Meine Frau und ich wünschen Ihnen ebenfalls viel Glück zum neuen Jahre.

Hoffentlich komme ich bald einmal dazu, meinen Besuch in Zürich endlich zur Ausführung zu bringen.

Mit freundl. Grusse

Ihr Killian

Killian hatte Wild einst einen geschichtlichen Abriss diktiert, der den Weg nicht auf Anhieb nach Freiburg fand.

Nr. 16: Postkarte vom 30. Mai 1906

Freiburg i.Br., den 29. V. 1906

Sehr geehrter Herr College!

Besten Dank für Ihre Zusendung. Leider fehlt der ganze Text über die Chronik meines Vereins, den ich Ihnen zum Theil diktiert habe. Ich bitte Sie, mir denselben noch zu senden; ich brauche ihn notwendig, und es steht wohl Manches darin, was ich nicht mehr ausfindig machen kann. - Es thut mir leid, dass ich Sie hier in Heidelberg nicht sehen kann. Ich wünsche Ihrem Herrn Vater gute Besserung. Mit freundlichem Gruss an Ihre Frau Gemahlin und Sie

Ihr Killian.

Der nächste Brief gibt Auskunft über einen Zürcher Patienten, den Wild nach Freiburg überwiesen hatte.

Nr. 17: Brief vom 9. Januar 1908

Freiburg i.Br. den 9. Jan. 1908

Werther Herr College!

Besten Dank für Ihre freundlichen Neujahrswünsche. Auch ich wünsche Ihnen für 1908 alles Gute, vor allem eine gute Gesundheit. Wie ich gehört habe, waren Sie lange krank. Hoffentlich geht es Ihnen jetzt wieder gut. Ich hätte Sie gern einmal in St. Blasien besucht; kam aber leider nicht dazu. In Zürich wollte ich Sie einmal besuchen, da waren Sie aber noch abwesend. Ich konnte Ihr wunderschönes Häuschen daher nur von ausen bewundern. Es muss sehr gemüthlich darin sein.

Den Nagel habe ich bei dem Patienten Hotz nach 12 Dilatations-sitzungen herausgebracht und war sehr glücklich darüber. Es geht dem Patienten gut. Wir dilatieren die Stenose noch, da sie immer wieder sich verengt.

Schreiben Sie mir doch bald einmal ausführlich.

Mit herzlichen Grüßen an Ihre Frau Gemahlin und Sie

Ihr ergebenster

Dr. Killian

Nr. 18: Brief ohne Jahresangabe, ca. 22. Januar

Freiburg i.Br.

Lieber Herr College!

Besten Dank für Ihre freundlichen Glückwünsche. Möge auch Ihnen das neue Jahr Gutes bringen und vor allem vollständige Gesundheit.

Ich bin froh, dass Sie sich wenigstens so weit durchgearbeitet haben. Das waren doch schwere Zeiten, die jetzt glücklich hinter Ihnen liegen!

Ich wollte Sie einmal in Zürich besuchen und sah Ihr schönes Haus von aussen.

Hoffentlich kommen Sie an Pfingsten mit Ihrer Frau hierher.

Ich bin jetzt dabei, endlich ein Buch über die Bronchoskopie zu schreiben (inclusive die Laryngoskopie).

Könnten Sie mir nicht Ihre noch nicht veröffentlichten Fälle zusammenstellen? Auch Oesophagoskopisches ist erwünscht. Vielleicht gäbe das auch einen kleinen Aufsatz für die Zeitschrift für Ohrenheilkunde, die ich jetzt erst redigiere.

Bitte um baldige Antwort und grüsse Sie und Ihre Frau Gemahlin herzlich.

Ihr ergebenster

Dr. Killian.

1911 dachte Killian in Freiburg daran, sich ein Heim ausserhalb der Stadt zu schaffen. Im selben Jahr noch erhielt er den Ruf nach Berlin und erfüllte sich jenen Traum erst neun Jahre später in Ueberlingen am Bodensee. Mit Killians Wegzug hört der uns erhaltene Briefwechsel auf.

Nr. 19: Brief vom 17. August 1911

Freiburg im Br.
Josephstr. 15
den 17. VIII. 1911.

Sehr geehrter Herr College!

Als ich am Sonntag auf dem Feldberg war, erfuhr ich, dass Sie für einige Tage heraufkommen würden, und bedauerte sehr, dass wir uns nicht droben treffen konnten.

Ich hätte mich sehr gefreut, Sie einmal wieder zu sehen und von Ihnen zu hören, wie es Ihnen und Ihrer Familie geht.

Der Fall Ihres Verwandten, des Herrn Dr. Meyer [Mayer!], hat mir leid getan. Ich kannte ihn gut und hätte ihm sehr gewünscht, dass er diese Krankheit wie so viele andere Leute überwinden würde.

Bei Gelegenheit der Aussprache über diesen traurigen Fall erfuhr ich, dass Dr. Meyer einen Bruder in Menzenschwand hat, der dort Bürgermeister ist, was mich sehr interessierte, da ich den Herrn Bürgermeister endlich kennen gelernt habe. Ich verhandelte mit ihm über den Ankauf eines Stückchens Land auf dem Feldberg.

Die Gemeinde verlangt leider zu viel, so dass ich mir die Sache aus dem Kopf schlagen muss. Obwohl ich für Wasser und Weg enorme Ausgaben haben soll, wird doch der Preis sehr hoch nominiert. Könnten Sie mir noch den Gefallen tun, mit dem Herrn Bürgermeister über die Sache zu sprechen und ihm zu raten, man möge die ortsübliche Bewertung nicht zu stark überschreiten. Ich wäre Ihnen sehr verbunden dafür.

Sie werden wohl schon gehört haben, dass von Eicken einen Ruf nach Giessen annimmt als Vertreter der Oto-Rhino-Laryngologie. Er war noch längere Zeit bei Siebenmann Assistent.

Mit freundlichem Grusse an Ihre Frau Gemahlin und Sie

Ihr ergebenster

Dr. Killian

III. WILDS WISSENSCHAFTLICHE ABHANDLUNGEN

Oscar Wilds Dissertation 1897: Ueber die Entstehung der Miliartuberculose⁴³

In seiner Dissertation, die unter der Leitung des Pathologen Hugo Ribbert in Zürich entstand, hält Wild zunächst fest, dass die Ursache der Miliartuberculose Tuberkelbazillen sind, die aus einem primären Herd stammen und im ganzen Körper eine riesige Anzahl von Miliarknötchen erzeugen. Bei der Frage nach der Eintrittspforte, über die die Erreger den Weg in den Blutkreislauf finden, waren die Gelehrten verschiedener Meinung. Handelte es sich dabei um Läsionen, die man makroskopisch oder nur mikroskopisch erkennen konnte? Gustav Huguenin nahm als Ursache tuberkulöse Herde an, die Lungenvenen arrodieren und damit in unmittelbaren Kontakt mit dem Blut treten.¹⁴ Arthur Hanau war der Ansicht, dass bei diesem Vorgang der Inhalt des Herdes vom Blut ausgespült werde.¹⁵ Carl Weigert und seine Schüler stellten fest, dass ein Durchbruch nicht nur bei Venen im ganzen Körper, sondern auch bei Arterien vorkommen konnte.¹⁶ Ist nur eine kleine Arterie betroffen, so entsteht meist nur eine lokale Miliartuberculose des versorgten Gebietes. Einbrüche in das Lymphgefäß-System sollen ebenfalls zu Miliartuberculose führen. Walther Brasch versuchte zu klären, ob die Erreger die Lymphknoten passieren.¹⁷ Die zuführenden Lymphgefäße des Bauch- und des Brustfelles sind durch keine Lymphknoten unterbrochen. Dennoch führt Tuberculose in diesem Bereich selten zur miliaren Aussaat. Paul von Baumgarten bestritt die Filterwirkung der Lymphdrüsen und vermutete eine Passage und Wanderung der Bakterien zentralwärts durch den Ductus thoracicus in den Blutstrom, wie er dies beim Kaninchen beobachten konnte.¹⁸

Tuberkulöse Knochen-, Gelenks- und Nierenerkrankungen führen oft zu Miliartuberculose, ohne dass man bisher die Eintrittspforte herausfinden konnte. Nach operativer Ausräumung tuberku-

lösen Materials trat sie bei verschlechtertem Allgemeinzustand häufig auf. Dies wurde zwar oft bestritten. Robert Koch entdeckte an einer Blutgefässwand massenhaftes mikroskopisches Durchdringen, obwohl makroskopisch nur eine Schwellung festzustellen war. Ribbert bemerkte dieselbe Erscheinung bei Hühnertuberkulose. Eine weitere Vermutung sprach von der Aufnahme der Erreger durch die Lungenkapillaren.

Was geschieht nun mit diesen Krankheitskeimen, wenn sie einmal ins Kreislaufsystem eingedrungen sind? Wyssokowitsch spritzte Tieren verschiedene Bakterien ein. Nichtpathogene wurden in Organen abgelagert, wo sie zugrunde gingen; die pathogenen dagegen begannen in den Organen zu wuchern. Die Ablagerung von Tuberkelerregern beim Kaninchen erfolgte vorzugsweise in Organen mit verlangsamtem Blutstrom wie Milz, Leber und Knochenmark. Dass man später gerade in der Lunge und Niere am meisten Knötchen findet, erklärt man mit einer grösseren Disposition dieser Organe. Warum entsteht nicht jedesmal eine Miliartuberkulose, wenn Tuberkelkeime ins Blut gelangen? Vielleicht reagiert nicht jedes Individuum gleich? Weigert stellte die These von der "Ueberschwemmung" des Blutes mit Erregern auf. Damit meinte er den Uebertritt einer sehr grossen Zahl von Bakterien innert kurzer Zeit. Weiter nannte er folgende Bedingungen für die Zugehörigkeit eines pathogenen Herdes zur allgemeinen Erkrankung:

- 1) Die gefundenen Tuberkel müssen sich als älter erweisen als die entstandenen Miliarknötchen der Organe.
- 2) Die Tuberkelentwicklung des Herdes muss in eine grosse Vene oder einen grossen Lymphgang stattfinden. Diese dürfen nicht obliteriert sein.
- 3) Die Tuberkeleruption muss so geschehen, dass reichlich Erreger ins Blut eintreten können.
- 4) Die Erreger sollen tatsächlich die Oberfläche des Herdes erreichen.

- 5) Die Venentuberkulose darf nicht in einer Pfortaderwurzel liegen, da sonst die Leber der Weiterverbreitung im Wege steht.

Ein Doktorand Arthur Hanaus, Arnold Sigg, hatte 1896 die Art der Ausgangsherde bestimmt.²⁰ Auch Weigert stellte solche Untersuchungen an. In 50-70% der Fälle waren Venen oder Lymph-tuberkulose die Ursache. In den restlichen Fällen konnte man keinen groben Einbruch finden. Man konnte sich fragen, ob jeweils der Einbruch einfach übersehen worden war oder ob es allenfalls andere Ursachen gäbe. Zunächst zur Beschreibung der Durchbruchsstelle. Wild verlangt, dass die Oberfläche des Intimatuberkels ulzerös zerfallen ist oder ein mattes Zentrum aufweist. Dies gebe allerdings oft keinen eindeutigen Aufschluss über die Schuldigkeit eines Herdes. Daher sollte unbedingt eine mikroskopische Untersuchung des Gewebeabschnittes und eine bakteriologische Untersuchung des Herdes durchgeführt werden. Robert Koch und Arthur Hanau fanden nicht so viele Bakterien, wie Weigert forderte und wie es der riesigen Zahl entstandener Miliarknötchen entsprochen hätte. Vielleicht waren die meisten Bazillen bereits fortgeschwemmt, wenn die Sektion durchgeführt wurde.

Wie werden nun die Bakterien ins Blut abgegeben? Man nahm an, dass der Primärherd von innen nach aussen fortschreitend verkäse und zuletzt durchbreche. Die verschleppten Keime sollten aus dem Zentrum des Tuberkels stammen. Baumgarten widersprach dem, weil er beobachtete, dass sich die Kapsel um den Tuberkel immer wieder erneuerte. Auch fand er keine Erreger im ruhenden Kammerwasser bei experimentell erzeugter Iristuberkulose des Auges.

Wild folgerte aus alldem, dass die Venen- und Lymph-tuberkulose nicht als alleinige Ursache der Miliartuberkulose in Frage komme und dass diese meist nicht durch eine plötzliche Ueber-

schwemmung des Blutes entstehe, sondern eher durch ein allmähliches Ausschwemmen. Eigene Beobachtungen steuerte Wild nicht bei.

Als weitere Möglichkeit war die Vermehrung der Bakterien im Blut genannt worden. Jedoch nach Weigert vermehrten sich die Tuberkelbazillen zu langsam, so dass sie vorher aus dem Blut entfernt würden. Dem liess sich entgegenhalten, dass das Wachstum unter günstigen Bedingungen schneller als in den bakteriologischen Tests sein könnte.

Zuletzt erörtert Wild die Frage, in welchen Fällen nun eine Miliartuberkulose auftrete. Weigert hielt eine tuberkulöse Disposition für ausschlaggebend.²⁴ Diese Ansicht erschien glaubhaft durch die Beobachtung einiger Kliniker über die erhöhte Häufigkeit bei gewissen Krankheiten und jahreszeitlichen Einflüssen. Auch trat Miliartuberkulose bei Phthisikern nach Tuberkulininjektionen auf. Johannes Orth neigte dagegen zur Ansicht, den Ausbruch mit der Virulenz des Erregers zu erklären.²² Nach Wild muss beides zusammentreffen, damit eine akute Miliartuberkulose entsteht.

Ein Fall von Pleuritis diaphragmatica²³

In Oscar Wilds Zeit an Dr. Turbans Sanatorium entstand diese Abhandlung. Es wurden anhand eines Falles die Symptome der Pleuritis diaphragmatica erörtert. Die Patientin klagte anfangs über Schluckbeschwerden, und bald darauf stellte sich schmerzhaftes Erbrechen ein. Die Palpation des Nervus phrenicus in der Halsgegend war nur rechts schmerzhaft, was auf einen linksseitigen Befall hindeutete. Dazu war die Thoraxbasis stark schmerzempfindlich. Die Perkussion ergab eine Dämpfung im Bereich der unteren Lungengrenze. Wild war der Ansicht, ein solcher Dämpfungsbefund dürfe als weiteres Diagnostikum für diese Erkrankung dazugenommen werden. Beim Auskultieren an derselben

Stelle trat ein leichtes Reiben auf. Aussergewöhnlich war der Verlauf der Temperaturkurve: Sie zeigte jeweils nachts das Maximum. Die Therapie bestand in Bettruhe, Jodanstrichen, feuchten Wickeln und Codein zur Linderung des Hustens.

Beitrag zur Kenntnis des *Bacillus enteritidis sporogenes* ²⁴

Professor Klein am Public Health Laboratory des St. Bartholomew's Hospital in London gab Wild Gelegenheit, den *Bacillus enteritidis sporogenes*, heute unter dem Namen *Clostridium perfringens* (Gasbranderreger) bekannt, zu studieren.

Die Kultivierung und Erkennung desselben geschah am besten in Milch. Die Wachstumszeit betrug einen Tag von frischem Material und zwei bis drei Tage nach fortgesetzter Abimpfung. In Zuckerbouillon dauerte dies länger; manchmal fand gar kein Wachstum statt. Für die Kultur ungeeignet war Kartoffel. Auf Formatagar bildete der Keim dagegen charakteristische Kolonien.

Isolieren konnte Wild den Erreger aus Strassenstaub, Pferdedünger und aus dem Exsudat verstorbener Tiere. Morphologisch waren es wenig bewegliche Stäbchen, die meist einzeln, selten in Ketten auftraten.

Weiter prüfte Wild die Resistenz der Sporen. Es ergaben sich Unterschiede je nach ihrer Herkunft. Während Sporen aus dem Blutserum bis zu fünf Minuten bei Erhitzung auf 100°C widerstanden, wurden Sporen aus dem Stuhl eines Patienten der letzten Epidemie erst nach einer Stunde vollständig abgetötet.

Die Injektion abgeschwächter Keime aus Kulturen rief beim Meerschweinchen ein geringergradiges klinisches Bild hervor mit anschliessender Heilung. Erneutes Injizieren voll virulenter Bazillen führte zum raschen Tode. Die Tiere hatten somit keine Resistenz erlangt.

Zwei neue bronchoskopische Fremdkörperfälle ²⁵

Die Abhandlung beschreibt zwei bronchoskopische Fremdkörperfälle, die Wild an der laryngologischen Universitätsklinik in Freiburg im Breisgau beobachten konnte.

Zunächst berichtet er von einer 33jährigen Fabrikarbeitsfrau, die an einer tuberkulösen Infiltration des linken Lungenoberlappens litt, ohne es zu wissen. Als nun die Frau eine Fleischbrühe zu sich nahm, verspürte sie plötzlich etwas "im falschen Hals". Husten und ein starkes Erstickungsgefühl stellten sich ein. Der Befund in der Klinik nach zwei Wochen ergab eine Abschwächung des Perkussionsschalles und der Atemgeräusche im oberen Bereich der rechten Lunge. Die Tracheoskopie mit Kehlkopfspiegeln liess kurz einen weissen Körper in der Tiefe des rechten Hauptbronchus erkennen. Professor Killian nahm hierauf eine obere Bronchoskopie im Sitzen vor. Husten und viel herabfliessendes Sekret erschwerten das Vorhaben, und schliesslich wurde dabei der Fremdkörper in den Unterlappenbronchus geschoben. Nun zog man vor, die Patientin zu tracheotomieren, um eine sogenannte "untere Bronchoskopie" in horizontaler Lage am hängenden Kopf durchzuführen. Nachdem Killian die Schleimhautschwellung über dem Fremdkörper mit einem dünnen Rohr verdrängt hatte, konnte er den Knochen mit einem stumpfen Häkchen herausziehen. Der Zustand der Patientin besserte sich rasch, und die Erscheinungen an der rechten Lunge gingen bald zurück.

Bei diesem Fall hatte der Fremdkörper längere Zeit im Bronchus gelegen. In der Beurteilung weist Wild auf die wesentlichen Punkte der erfolgreichen Behandlung hin. Die untere Bronchoskopie erlaubte die Verwendung kürzerer Rohre. Dies ermöglichte eine bessere Beleuchtung, insbesondere beim Gebrauch eines dünneren Rohres. Vorteilhaft war auch die Rückenlage. So störten die Sekrete, die bei dieser stark reizbaren Patientin in grossen Mengen auftraten, weniger, da sie leichter ausgeworfen wur-

den und Reste sich nur auf der Unterseite des Rohres bemerkbar machten. Weiter konnte in Rückenlage der Fremdkörper leichter nach aussen gezogen werden als im Sitzen, wo er gemäss der Schwerkraft unter Umständen wieder nach unten fiel. Wenn bei stark reizbaren Patienten nach der Untersuchung entzündliche Veränderungen vorkämen, sollte man sie vor dem Eingriff abklingen lassen. Ausserdem empfahl Wild, zur Sekretentfernung keine Stieltupfer zu verwenden, da ihr Gebrauch im vorliegenden Fall zur Verschiebung des Knochens geführt hatte. Besser wäre eine Speichelpumpe.

Bei dieser Frau sei zum erstenmal die Kombination von Extraktion am hängenden Kopf und unter Bronchoskopie angewandt worden.

Der zweite Patient, ein sechsjähriger Knabe, spielte eines Nachmittags mit Bohnen. Als er eine zerbeissen wollte, rutschte sie ihm plötzlich hinunter. Es folgten Husten und Erstickungsgefühl. Am rechten Lungenunterlappen stellte man eine deutliche Dämpfung und ein kaum wahrnehmbares Atemgeräusch fest. Die Temperatur betrug 39,1°. Diese Befunde liessen nichts Gutes erwarten, wenn man die Bohne nicht entfernen konnte. Man nahm bei dem widerspenstigen Jungen eine obere Bronchoskopie in Narkose und Rückenlage vor. Dabei konnte man den Fremdkörper im rechten Hauptbronchus sehen. Professor Killian versuchte vergeblich, die Bohne mit einem scharfen Häkchen zu fassen. Dagegen gelang es mit einem stumpfen Häkchen, hinter die Bohne zu kommen und sie hervorzubewegen. Killian wählte nun eine Zange zur vollständigen Extraktion. Leider zerbrach die Bohne beim Schliessen der Zange. Mehrere Teile wurden anschliessend ausgehustet oder mit Instrumenten entfernt. Nun wurde der ganze Bronchialbaum sorgfältig nach einem fehlenden Stück abgesucht, denn ein kleines Fragment kann noch zum Tode führen. Es fand sich nichts, und man nahm an, dass es wohl verschluckt worden sei. In der Folge erholte sich das Kind rasch, und die Befunde normalisierten sich.

Als besondere Schwierigkeit hatte sich hier der Mangel eines geeigneten Extraktionsinstrumentes erwiesen. Es hatte sich um eine getrocknete Bohne gehandelt, die in so kurzer Zeit noch nicht erweicht war. Daher konnte das scharfe Häkchen nicht eindringen. Wild schlug daher die Anfertigung einer Schiebzange vor. Sie sollte dünne Branchen aufweisen, um zwischen den Fremdkörpern und die Bronchialschleimhaut vordringen zu können. Die Innenfläche sollte mit scharfen Zähnchen belegt sein, die ein sicheres Festhalten gewährleisteten. Ein weiteres Hindernis war die Grösse der Bohne. Sie war grösser als der Durchmesser des Rohres und hätte daher unten am Rohr mit diesem zusammen entfernt werden sollen. Dabei konnte es leicht geschehen, dass der Fremdkörper verlorenging. Wild schlägt daher die Verwendung eines von Killian konstruierten breitgeschlitzten Rohres vor. Ein grosser Fremdkörper liess sich so durch das Rohr ziehen und ragte auf beiden Seiten des Schlitzes heraus. Dasselbe Rohr wurde auch erfolgreich bei der Oesophagoskopie verwendet.

Zum Schluss beklagt sich Wild über den noch geringen Bekanntheitsgrad der neuen Methode. Spontanes Aushusten oder Elimination durch Fäulnis seien bekanntlich selten. Den Patienten auf den Kopf zu stellen und im dunkeln zu fischen, sei meist ohne Erfolg und führe oft zu Nebenverletzungen. Er gibt zu, dass die obere Bronchoskopie dem Spezialisten vorbehalten bleibe. Die untere dagegen sei leicht und solle in keinem Fall mehr unterlassen werden.

Ueber vollkommene und unvollkommene Entfieberung bei hochfieberhafter Lungentuberkulose ²⁶

Diese Arbeit entstand, als Wild an Dr. Karl Turbans Sanatorium in Davos Assistent war.

Bei Tuberkulose kommt es vor, dass Patienten mit geringen Lungenveränderungen unter hohem Fieber leiden, während umgekehrt eine ausgedehnte Erkrankung während längerer Zeit ohne Temperaturerhöhung verlaufen kann.

Um das Tagesmaximum des Fiebers sicher bestimmen zu können, sollte alle zwei Stunden eine Messung vorgenommen werden. Als Höchstwerte oral gelten bei leicht erregbaren Patienten 37,2-37,3°, bei wenig reizbaren 36,8-37,1°. Rektal liegt der Grenzwert bei 37,5°. Bei Patienten, die Anfälle hohen Fiebers überstanden haben, muss man feststellen, ob eine vollständige Entfieberung eingetreten ist. Wenn sie nur unvollständig ist, so kommt die Erkrankung nicht völlig zum Stillstand, und man muss demnach eine schlechte Prognose stellen. Als Therapie zur Erreichung einer vollständigen Entfieberung empfiehlt Wild:

- 1) Solange wie nur möglich sollte der Patient in völliger Bettruhe bei tagsüber geöffneten Fenstern verbleiben.
- 2) Für die Ruhebehandlung ist die Wirkung des Hochgebirges oder des waldigen Mittelgebirges besonders wertvoll. Der Kranke schwitzt wenig, bleibt frisch und behält funktionstüchtige Verdauungsorgane.
- 3) Als Ernährung wird eine reiche und kräftige, aber keine flüssige Kost empfohlen. Reichlicher Milchgenuss soll die Toxine ausschwemmen.
- 4) Ein- bis zweimal täglich sind Waschungen mit einem grossen Schwamm von Vorteil. Die Temperatur des Wassers wird allmählich von 20° auf 8-10° erniedrigt.

Die Untersuchung der Luftröhre und die Verwendung der Tracheoskopie bei Struma ²⁷

Unter diesem Titel veröffentlichte Wild 1905 seine Habilitationsschrift an der Universität Zürich.

Aufgrund der Anatomie zeigt er im ersten Kapitel, wie pathologische Veränderungen der Schilddrüse die Trachea beeinflussen können. Weiter macht er für die Tracheoskopie wichtige Angaben über Dicke, Länge, Verlauf, Anfang und Ende der Luftröhre.

Die Luftröhrenuntersuchung stellt er als eine Notwendigkeit bei strumösen Patienten mit Atemnot dar, denn vielfach war der schon zur Operation bestimmte Kropf gänzlich unschuldig an den Atembeschwerden. Dies war vor allem der Fall, wenn die Struma keinen oder nur wenig Druck auf die Trachea ausübte, wogegen ein anderer Teil der Atemwege erkrankt war. Die Untersuchung der Nase, die Pharyngoskopie oder die Laryngoskopie enthüllten oft den wahren Sitz der Störung. Die Angaben der Patienten können den Arzt täuschen, da die Atembehinderung oft schwierig selber zu lokalisieren ist. Wertvollen Aufschluss gibt die Tracheoskopie dem Chirurgen auch über Form, Lokalisation der Veränderung und allfällige Komplikationen wie zum Beispiel Tracheitis.

Die äussere Inspektion gibt wenig direkte Anhaltspunkte, da die Luftröhre nur eine kurze Strecke nahe der Körperoberfläche verläuft, wohl aber indirekte durch die Besichtigung benachbarter Organe. Das Profil des Halses und die Stellung des Kehlkopfes beeinflussen die Richtung und Lage der Trachea weitgehend. Die Form der Wirbelsäule, besonders bei Skoliose, bestimmen ebenfalls ihren Verlauf. Ein wichtiger Punkt ist die Beobachtung der Atmung. Kranke mit langsam entstandenen Stenosen haben oft gar keine Ahnung von ihrer Atembehinderung, da sie sich nach und nach daran gewöhnt haben.

Durch die Palpation ist festzustellen, ob die Luftröhre verdrängt ist. Weiter gibt diese Untersuchungsart Aufschluss über die Komprimierbarkeit der Trachea. Bei hochgradiger Stenose verursacht bereits ein leichter Druck Luftmangel.

Wertvoller als die direkte Auskultation ist diejenige "par distance". Die Stenose bewirkt dabei das typische stridöse (pfeifende) Atmen; Sprache und Husten sind oftmals ebenso typisch verändert.

Nachdem bis 1858 nur die äussere Trachealuntersuchung bekannt gewesen war, entdeckten die Laryngologen Ludwig Türck und Johann Nepomuk Czermak als erste die obere indirekte Tracheoskopie.²⁸ 1884 fand Rudolph Voltolini durch Zufall die untere direkte Tracheoskopie.²⁹ Er verwendete dazu einen Ohrtrichter, den er in die Tracheotomiewunde steckte. 1894 führte Alfred Kirstein die direkte obere Tracheoskopie durch den Mund ein.³⁰

Die als erste entdeckte Methode der inneren Luftröhrenuntersuchung, die obere indirekte Tracheoskopie, wird mit Hilfe eines Spiegelchens, das man in den Rachen hält, ausgeführt. Man versucht so, ein indirektes Bild der Luftröhre zu erhalten. Das tracheolaryngeale Rohr aber verläuft nicht gerade, sondern ist im Bereich der Stimmritze geknickt. Man kann daher bei gerader Kopfstellung die Trachea nicht bis zum Grunde überblicken. Das Verfahren nach Türck besteht darin, den Patienten aufzufordern, Hals und Rumpf zu strecken und das Kinn nach rückwärts zu drücken. Schwierigkeiten treten auf, wenn es nicht genügend zurückbewegt werden kann. Ansonsten ist auf diese Weise meist eine vollkommene Untersuchung der Luftröhre möglich. Gustav Killian gleicht mit seiner neuen Methode die Krümmung aus, indem der aufrechtstehende Patient den Kopf möglichst stark nach vorne unten beugt.³¹ Bei dieser Kopfhaltung muss der Arzt vor dem stehenden Patienten knien und von unten nach oben blicken. Die Killiansche Stellung, ursprünglich zur Untersuchung der hinteren Larynxwand entwickelt, gestattet die Untersuchung auch in Fällen, in denen die Türcksche Haltung versagt. Wild hebt die Knickung des laryngotrachealen Rohres auf, indem er das untere Ende der Trachea um zirka 3-4 cm nach vorn bewegt. Dies ge-

schiebt durch Beugen des Rückens. Dazu unterstützt man den Rücken des Patienten auf der Höhe der Bifurkation mit einem fixierten Kopfhalter oder Kissen. Dieses Vorgehen eignet sich zur Untersuchung Bettlägeriger. Ausserdem können alle drei Methoden, wenn es erforderlich ist, miteinander kombiniert werden. In den meisten Fällen jedoch genügt es, die einfachste, von Türck angegebene Methode allein anzuwenden. Ist die Trachea zusätzlich zur Seite geknickt, hilft meist die Rotation oder Neigung des Kopfes, manchmal auch die Neigung des Rumpfes. So gelingt es nachzuweisen, dass die Trachealstenose, die bei gerader Haltung erscheint, in Wirklichkeit gar nicht vorhanden ist.

Zur unteren indirekten Tracheoskopie wird ein kleines Spiegelchen durch die Tracheotomiewunde eingeführt. Schon damals wurde dieses Verfahren selten angewendet, da es durch die untere direkte Tracheoskopie fast vollständig verdrängt wurde. Einzig zur Betrachtung der vorderen oberen Luftröhrenwand eignete es sich gut, da man anders diese Stelle schwer oder gar nicht sehen kann.

Wild wandte die obere direkte Tracheoskopie meist an, wenn die Spiegeluntersuchung misslang. Da Mund und Rachen, wie Alfred Kirstein gefunden hatte, ein rechtwinklig verlaufendes Rohr bilden, müssen Zungenrund und Epiglottis nach vorn verdrängt werden, damit man das gerade Rohr einführen kann. Dies bedingt ebenfalls, dass die Untersuchung im Sitzen bei stark rückwärts gebeugtem Kopf oder liegend am hängenden Kopf durchgeführt wird. Ein kombinierter Untersuchungsdivan und Operationstisch, der nach Wilds Angaben in St. Gallen hergestellt wurde, bewährte sich gut, obwohl sich grundsätzlich jeder Operationstisch dazu eignete.

Die direkte untere Tracheoskopie wurde verwendet, wenn ein Patient aus irgendeinem Grunde tracheotomiert wurde. Man lagert den Patienten horizontal mit hängendem Kopf oder aufrecht sitzend mit stark rückwärts gebeugtem Oberkörper und führt das Rohr unter Beleuchtung in die Tracheotomieöffnung ein.

Die Verwendung der Tracheoskopie bei Struma und auch bei anderen Luftröhrenveränderungen verlangt nicht nur die Beherrschung der Untersuchungsmethoden, sondern auch die Deutung des dabei gewonnenen Bildes. Anhand perspektivischer Gesetze zeigt Wild, dass sich die Luftröhrenwand bei der Betrachtung auf eine Breite von nur 3 mm projiziert. So bedarf es einer Abweichung des einen Luftröhrenendes um nur 3 mm, um die eine Wand aus dem Gesichtsfeld verschwinden zu lassen. Deshalb wurden beispielsweise Verbiegungen oft als Stenosen gedeutet. Es ist daher wichtig, dass man die tracheoskopischen Bilder der möglichen Luftröhrenveränderungen genau kennt, wenn man Fehldiagnosen wegen optischer Täuschungen vermeiden will. Die Bilder der verschiedenartigen Formveränderungen der Trachea kann man mit einem Gummischlauch, durch den man schaut, gut nachahmen. Ebenfalls eignen sich dazu Studien an frischen Luftröhrenpräparaten. Als eigentliche Trachealstenose definiert Wild eine Verengung des Lumens um mindestens die Hälfte, denn erst eine solche beeinträchtigt die normale Atmung.

Neben Verlagerungen und Verdrehungen der Luftröhre findet man bei Strumen oft Verengungen. Sie entstehen durch Druck des Kropfes auf die Luftröhrenringe. Im Falle von Verengungen soll man die Formveränderungen jedes einzelnen Ringes feststellen. Durch Abzählen der Ringe bis zum stärkstbetroffenen kann man erfahren, auf welcher Höhe der Hauptangriffspunkt der Struma liegt.

Die Tracheitis ist eine häufige Begleiterscheinung bei Kropfkranken. Sie tritt vorwiegend zur Zeit der Herbst- und Früh-

jahrskatarrhe auf. Durch Schwellung der Schleimhaut verstärkt sich die Stenose, weshalb sich hilfeschuchende Kropfkranken zur Katarrhzeit zahlreicher beim Arzt einfinden. Auch Blutstauungen und Narben nach Ausheilung von Entzündungen können zu Lumenverengungen führen. Die Traumata, so auch die Tracheoskopie, schaffen für die Entstehung von Struma-Stenosen begünstigende anatomische Verhältnisse. Die einzelnen Luftröhrenknorpel verwachsen meist nicht mehr ringförmig, und es genügt dann wenig Druck von aussen, um eine Verengung zu erzeugen.

Wild untersuchte anhand von 1000 Kropfkranken aus Freiburg im Breisgau und Zürich die Häufigkeit der Tracheaveränderungen. Nur 15,5% der Untersuchten wiesen keinerlei Veränderungen auf. Hierbei handelte es sich mehrheitlich um Patienten weiblichen Geschlechts. Wild erklärt dies damit, dass diese aus kosmetischen Gründen schon bei geringen Schilddrüsenveränderungen den Arzt aufsuchen. Daraus lässt sich auch der geringere prozentuale Befall der Frauen an Stenosen verstehen. Bei ungefähr der Hälfte der Patienten liess sich eine Stenose feststellen. Mit steigendem Alter nimmt der Prozentsatz zu, was Wild auf die Auswirkung der langsam weiterwachsenden und schon seit einiger Zeit bestehenden Kröpfe zurückführt.

Nicht einmal ein Zehntel der Patienten folgte dem Ratschlag zur Operation, da man damals das Kropfleiden gleichmütig hinnahm.

Die Therapie mit Jodtinktur (dreimal täglich einen Tropfen in einem halben Glas Wasser nach dem Essen)³² bewährte sich vielfach. Ihre Wirkung überprüfte der Arzt mit der Tracheoskopie, um keine Zeit damit zu verlieren, wenn der Patient nicht darauf ansprach. Die innere Luftröhrenuntersuchung vor der Operation sollte dem Chirurgen angeben, welcher Teil der Struma die Dyspnoe erzeugte und entfernt werden musste. Bei Patienten, die aus irgendeinem Grund nicht operiert werden konnten, erreichte man mit Dehnen der Verengung meist Besserung. Dies führte Wild

mit Hartgummibougies durch, die er in regelmässigen Abständen einige Minuten in der Luftröhre liess. Andere Methoden befanden sich noch in Erprobung. Als Prophylaxe zur Vermeidung von Erstickungsanfällen und Kropftod empfahl Wild die Tracheoskopie sämtlicher Kropfkranker.

Neuere Fortschritte der Lehre von den Nasen- und Halskrankheiten

Antrittsvorlesung als Privatdozent am 3. März 1906*

Die Antrittsvorlesung behandelte die neueren Fortschritte in der Erforschung der Nasen- und Halskrankheiten.

Dem Gesangslehrer Emanuel Garcia sei es 1854 gelungen, erstmals mit Hilfe eines kleinen Spiegels das Innere seines Kehlkopfes zu beobachten. Ludwig Türck und Johann Nepomuk Czermak veröffentlichten vier Jahre später ihre Arbeiten über ein auf diesem Prinzip beruhendes Untersuchungsverfahren. Erst nach der Entdeckung dieser und weiterer innerer Untersuchungsmethoden machte die Rhino-Laryngologie grosse Fortschritte und entwickelte sich zur Spezialdisziplin. Als einer der ersten in der Schweiz habe Professor Friedrich Goll in Zürich im Wintersemester 1865/66 ein Praktikum für laryngologische Untersuchungen und Otoskopie gegeben.

Seit den Studien Gustav Killians teile man die Siebbeinzellen in drei Gruppen ein. Die vorderen und mittleren münden in den mittleren Nasengang, die hinteren in den oberen Nasengang. Für die anderen Nasennebenhöhlen finden sich ebenfalls Mündungen zur Nase an charakteristischen Stellen. Bei Eiterungen der Nebenhöhlen könne man so aus dem Fundort des Eiters mit einiger Wahrscheinlichkeit auf dessen Herkunft schliessen.

* 34 kleine Schreibmaschinenblätter mit handschriftlichen Korrekturen und Unterstreichungen im Medizinhistorischen Institut Zürich (Ha Bro Wild).

Die topographische Anatomie habe die enge Beziehung zwischen den Nasenräumen und dem Gehirn aufgeklärt. Sie sind teilweise nur durch eine dünne Knochenlamelle getrennt, die als Infektionsweg in Frage kommt. Aus demselben Grund sei eine Infektion der Augenhöhle von den Siebbeinzellen aus möglich.

Wild gab zu bedenken, dass über die Physiologie der Luft- und Speisewege verhältnismässig noch wenig bekannt sei. Ueber den Geruchssinn, eine der wichtigen Nasenfunktionen, sei man immer noch mangelhaft unterrichtet, da ein genaues Verfahren der Riechmessung fehle. Auch über die Funktion des Kehlkopfes, insbesondere die Stimmbildung, sei man sich noch nicht einig. Man hoffe, bald durch die neuen Untersuchungsmethoden mehr zu erfahren.

Die Rhinologen wiesen darauf hin, dass die akuten wie auch die chronischen Nasennebenhöhleneiterungen häufige und wichtige Krankheiten darstellten. Bei akuten Fällen verzichte man vorerst auf lokale Eingriffe, es sei denn, die Ursache, zum Beispiel ein kariöser Zahn, könne leicht beseitigt werden. Genüge die fortgesetzte Spülung bei chronischem Befall nicht, gehe man chirurgisch vor. Man schaffe einen breiten Zugang zur befallenen Nebenhöhle und entferne die erkrankte Schleimhaut.

Einen schweren kosmetischen Mangel stelle der sattelförmige Einbruch des Nasenrückens dar. Man korrigiere die Nase nach dem Verfahren des Wiener Chirurgen Robert Gersuny mit einer Parafininjektion. Dieser behandle damit die verschiedensten kosmetischen Defekte.

In der Frage des lange Zeit verkannten Heufiebers habe man nachgewiesen, dass isolierte proteinartige Körper aus Pollen bei Heuschnupfenpatienten die bekannten Symptome hervorrufen, nicht disponierte Personen dagegen unberührt lassen.

Wild weist auch auf die bedeutenden Fortschritte der Luftröhrenuntersuchung hin. Er erwähnt die von Gustav Killian begründete direkte Bronchoskopie und die dadurch möglich gewordenen Fremdkörperextraktionen.

Zum Schluss zitierte er aus einem Vortrag Bernhard Fränkels die Forderung nach Selbständigkeit der Rhino-Laryngologie an den Universitäten und fügte bei, dass dieses Spezialfach auch in der Schweiz vernachlässigt worden sei.

Die äusseren Deformitäten der Nase

Vorlesung an der Universität Zürich ³³

Als klassische Methode zur Behebung einer äusseren Nasendeformität stellte Wild die Rhinoplastik vor. Obwohl ihre Ergebnisse nicht immer befriedigend gewesen waren, hatte man den Eingriff häufig vorgenommen. Dies zeigt, wie sehr der Träger einer Nasendeformität diese als Nachteil empfand.

Gersuny führte die Paraffininjektion zur Behebung von Nasenentstellungen ein. Wegen Komplikationen wurde das Verfahren bald verbessert. Nachdem Wild die Anwendungsmöglichkeiten der Paraffininjektion im Nasenbereich aufgezählt hat, beschränkt er sich auf äussere Nasendeformitäten und deren Behandlung mit dieser Technik. Dazu verwendete man entweder Hartparaffin, das im Körper vom Bindegewebe eingekapselt wurde, oder aber Weichparaffin, das vom Bindegewebe durchwachsen wurde und erst nach Monaten knorpelige Festigkeit erlangte. Wild verwendete eine Mischung aus Weichparaffin und Vaseline, deren Schmelzpunkt aber nicht unter 42° liegen durfte, da sich die Masse sonst bei hohem Fieber wieder hätte verflüssigen können.

Die Injektionsstelle wählte man je nach dem Sitz der Deformität. Man stach die Nadel nicht direkt am betroffenen Orte ein,

sondern etwas entfernt davon, schob sie unter der Haut bis zur deformierten Stelle vor und injizierte dann.

Obschon der Heilungsverlauf im allgemeinen reaktionslos war, empfahl Wild wegen der hie und da vorkommenden Komplikationen eine klinische Beobachtung während der ersten Tage nach dem Eingriff. Es konnten Oedeme der Wange oder eines Augenlides wie auch Venenentzündungen der Stirnhaut oder der Wange auftreten. Als seltene und schwere Zwischenfälle waren die Lungenembolie und die Embolie der Vena centralis (retinae) bekannt.

Aspirationsapparat mit Wasser- und Quecksilbermanometer ³⁴

Damals wurde die Saugmethode nicht häufig verwendet, obwohl es bekannt war, dass man sie zu diagnostischen wie auch zu therapeutischen Zwecken einsetzen konnte. Nach Wild war dieser Sachverhalt nur entstanden, weil es an einem geeigneten Gerät fehlte, das gut funktionierte, nicht zu kompliziert war und ein konstantes Vakuum erzeugte. Bei den meisten Apparaten konnte der Unterdruck weder genau dosiert noch gemessen werden. Diese Mängel veranlassten Wild, einen neuen Aspirationsapparat für die Praxis zu entwickeln. Der mit einer Wasserstrahlpumpe erzeugte Unterdruck wird in seinem Gerät nicht durch den Öffnungsgrad des Wasserhahns geregelt. Vielmehr dient ein Luftventil dazu, das Vakuum in der Glasflasche einzustellen. Es bleibt daher konstant und ist unabhängig von momentanen Schwankungen des Wasserleitungsnetzes. Zur genauen Messung des Unterdruckes ist der Apparat mit einem Quecksilber- und Wassermanometer versehen. Wild bedauert, dass das für einen bestimmten Zweck geeignete Vakuum noch nicht in den medizinischen Lehrbüchern angegeben werde. Um Richtwerte zu erhalten, schlägt er vor, bei jeder Behandlung den benutzten Unterdruck und die Dauer aufzuzeichnen.

Ausser zum langsamen und schonungsvollen Absaugen pleuritischer Exsudate verwendete er das Gerät auch anstelle von Tupfern zum raschen Auf- und Absaugen von Blut, Eiter und anderen Flüssigkeiten bei Operationen und Untersuchungen. Zur Diagnose von Nebenhöhleneiterungen eigneten sich die von Otto Muck angegebenen Saugansätze. Nach der Lage des aus der Nasenhöhle abgesaugten Eiters liess sich leicht feststellen, welche Nebenhöhle erkrankt war. Mit den von Wild verbesserten Ansätzen war es ausgeschlossen, dass Eiter in die Absaugvorrichtung gelangte. Die Hyperämietherapie der Peritonsillitis acuta, die mit Saugglocken durchgeführt wurde, konnte manchmal die Abszessbildung verhindern. Wenn trotzdem eine Inzision nötig wurde, konnte man durch mehrfaches tägliches Absaugen eine Eiterretention vermeiden und die Heildauer verkürzen.

Fremdkörper der Luft- und Speisewege ³⁵

Oscar Wild schreibt zu Beginn, dass die Pathologie und Therapie der Fremdkörper der Luft- und Speisewege von der Art, Form und Grösse jener Körper, ihrer Lokalisation und den Nebenverletzungen abhängen. Weiter von Bedeutung sei, wie sie in den Körper gelangten, die Zeit seit diesem Ereignis, das Alter und der Allgemeinzustand des Patienten. Ein Arzt kann in diesem Gebiet nur eine gewisse Zahl von Erfahrungen selber sammeln. Daher ist er auf die Beobachtungen anderer angewiesen. Wild möchte durch die Mitteilung von 27 in seiner Praxis behandelten Fällen anderen Aerzten weiterhelfen.

Interessanterweise habe ich einen Grossteil der beschriebenen Fremdkörper in Wilds Schachtel (siehe Kapitel S. 59) wiedergefunden. Die zweite Nummer zu Beginn der einzelnen Fälle zeigt an, wo der Gegenstand im Inventar (S. 59-64) zu finden ist.

Fremdkörper der Nase

- 1) 6 Ein 3½jähriges Mädchen litt seit 1½ Jahren an einer linksseitigen Naseneiterung. Nach gründlicher Reinigung konnte man eine rundliche Masse von gräulicher Farbe entdecken. Mit Hilfe eines stumpfen Häkchens gelang es, den fest zwischen Septum und unterer Muschel eingekeilten Fremdkörper zu entfernen. Es handelte sich um einen Schuhknopf mit verrosteter Oese. Die Naseneiterung heilte nach kurzer Zeit aus.

- 2) IV Alois Moritz, Spengler, litt seit 33 Jahren an reichlichem linksseitigem übelriechendem Nasenfluss. Nachdem die stark geschwellenen Muscheln gereinigt und mit dem langen Killianschen Spekulum zur Seite gedrängt worden waren, erblickte man einen sehr grossen Rhinolithen. Bei der Extraktion desselben kam weiter ein Blusenknopf zum Vorschein. Nach einigen Wochen heilten die durch den Rhinolithen hervorgerufenen Geschwürsbildungen vollständig aus.

- 3) 12b Einer Dame geriet beim Essen nach einem heftigen Hustenanfall ein Suppenknochen in die Nase. Es traten heftige Schmerzen rechts, eine Rötung des rechten Auges und Tränenfluss auf. Nach Entfernung des spongiösen Knochens verschwanden die Beschwerden bald.

- 4) 12c Herr Bianchi erlitt beim Einnehmen einer sogenannten "Schweizerpille" einen Hustenanfall mit nachfolgenden Schmerzen in der linken Nase, ausgeprägter Rötung des linken Auges und Schwindel. Die Extraktion des stark reizenden Fremdkörpers befreite den Patienten innert kürzester Zeit von Schmerz und Schwindel.

- 5 12a Herr Gossweiler litt rechts an reichlichem eitrigem Nasenausfluss und an Atembehinderung. Als Wild eine

Pille aus der Nase hervorholte, fiel es dem Patienten ein, dass er vor einer Woche beim Schlucken derselben Brechreiz bekommen hatte. Allerdings hatte er keine Ahnung, wie sie in die Nase gelangt war.

- 6) 11 Louise Kramer war vor 10 Jahren als Kind mit der Nase auf ein scharfkantiges Eisenstück aufgeschlagen. Danach war stinkender eitriger Nasenfluss aufgetreten. Der Nasenrücken fiel immer mehr ein. Antiluetische Kuren brachten keine Besserung. Wild konnte ein grosses sequestriertes Stück der unteren Muschel entfernen. Allmählich verschwand das Sekret. Die Deformität der äusseren Nase wurde mittels Paraffininjektion korrigiert.
- 7) 5 Herr Pilny litt ebenfalls unter stark stinkendem eitrigem Nasenausfluss rechts. Nach Entfernen eines vom Siebbein stammenden Knochenstückes ging die Erscheinung zurück. Deshalb und weil der Patient eine Luesinfektion leugnete, war er nicht zu einer antiluetischen Kur zu überreden. Dies änderte sich aber, als sich nach einem halben Jahr der Nasenausfluss wieder einstellte. Die Kur führte prompt zu einer dauernden Heilung.

Fremdkörper des lymphatischen Schlundringes und des Rachens

Die häufigsten Fremdkörper in dieser Region waren Fischgräten. Da sie dünn und durchsichtig sind, waren sie meist schwer zu entdecken. Wild riet zur Beleuchtung mit einem Kehlkopfspiegel von hinten. Dabei entstehen in den Gräten Lichtreflexe, wodurch sie leicht erkennbar werden.

- 8) VII Bei einem 19jährigen Fräulein, das an Angina lacunaris erkrankt war, spürte Wild bei der Tonsillektomie mit dem Fahrenstock-Boeckerschen Tonsillotom³⁶ einen erhöhten Widerstand. Ein kleiner Mandelstein führte zum Ausbre-

chen eines 2,5 cm langen Stückes des Ringmessers. Mit einer Kornzange extrahierte er die abgebrochene Klinge. Als Ursache für den Bruch betrachtete er die häufige Sterilisation des 12 Jahre im Gebrauch gewesenen Instrumentes.

- 9) 15 Ein Tapezierer litt an einer Angina, die sich trotz medikamentöser Therapie zusehends verschlimmerte. Er klagte über Schluckbeschwerden und Anschwellung des Schlundes. In der stark geschwellenen Zungentonsille fand sich ein Tapezierernagel. Einige davon pflegte er bei der Arbeit als Vorrat in der Backentasche aufzubewahren. Zur Extraktion musste mit einem improvisierten Instrument gleichzeitig das entzündete Mandelgewebe zurückgepresst und der Nagelkopf gefasst werden.
- 10) Leichter aus der Zungentonsille zu entfernen war eine schwarze Borste, die sich eine Frau beim Brotessen eingespiesst hatte.

Fremdkörper des Epipharynx

- 11) 9 Joseph Güntensperger, 2 Jahre 5 Monate alt, verschluckte beim Spielen eine leere Nähmaschinenspule. Weder der Mutter noch dem Hausarzt gelang es, die Spule mit Hilfe eines Fingers herauszuholen. Bis das Kind in Wilds Praxis ankam, verhinderte ein stark geschwellenes Gaumensegel den Einblick von unten. Nach dem Abschwellen der Nasenmuschel konnte man den Fremdkörper erkennen. Mit einem Beckmannschen Ringmesser³⁷ konnte Wild hinter das Halszäpfchen kommen, die Spule fassen und ohne Verletzung nach aussen führen.

Fremdkörper im Hypopharynx

- 12) 13 Rösli Häusler, 7jährig, verspürte beim Fischessen plötzlich einen stechenden Schmerz im Hals. Die folgende Untersuchung wurde durch fortwährendes Husten, durch Schluckreiz, reichliche Speichelabsonderung und eine ödematöse Schwellung der Epiglottis stark erschwert. Die Gräte steckte in der linken Rachenwand direkt über dem Kehlkopfeingang. Mit einer Kornzange konnte man sie fassen und entfernen.
- 13) Eine am Unterleib frisch operierte 44jährige Dame sollte zur Behebung einer Obstipation eine Pille einnehmen, die aber im Halse steckenblieb. Dort lag sie im Sinus piriformis. Mit Rücksicht auf den Zustand der Patientin musste man von einer Extraktion absehen. Mit einem Wattepinsel konnte man die Pille in den Oesophagus schieben und dann mit einem Schluck Wasser in den Magen befördern.
- 14) Bei einem 48jährigen Herrn verursachte eine harte Brotkrume zahlreiche scharfrandige Schnittwunden in der Hypopharynxhinterwand, in der Epiglottisrückfläche, im linken Sinus piriformis und in der Vallecula epiglottidis. Der Patient litt an einer chronischen Pharyngitis. Wild sah diese Entzündung häufig in Fällen von aspirierten oder verschluckten Fremdkörpern.
- 15) 10 Bei der Tracheoskopie von Frau Näf brach ein Schneidezahn, glücklicherweise ein Porzellanstiftzahn, ab und konnte auf gleichem Wege wie der aspirierte Knochen entfernt werden (siehe Fall 21).
- 16) 2 Herr Robert Amstad verschluckte beim Suppenessen einen Knochen, den er kurz vor der ärztlichen Untersuchung wieder ausspuckte.

Fremdkörper der Speiseröhre

- 17) 28 Herr Speck, ein 37jähriger Strassenmeister, verschluckte ebenfalls mit der Suppe ein Knochenstück. Beim Versuch, es selber mit einem Häkchen zu entfernen, brachte er sich eine linsengrosse Verletzung des Mesopharynx bei. Zur Vorbereitung der Oesophagoskopie bepinselte man die Oesophagialschleimhaut mit einer Kokain-Adrenalin-Lösung. Beim Herausziehen des Pinsels blieb der ausserordentlich scharfkantige Knochen daran hängen und wurde so extrahiert. Die Oesophagoskopie zeigte dann eine linsengrosse Verletzung der Speiseröhre, die mit Höllenstein behandelt wurde.
- 18) Im folgenden wies Wild darauf hin, dass bei einer Suppenmahlzeit Knochenstücke wegen ihres spezifischen Gewichtes nur verschluckt oder aspiriert werden, wenn der Teller schon fast leer ist. Umgekehrt wurde im nächsten Fall ein Holzsplitter bereits mit dem ersten Löffel eingenommen, da er auf der Oberfläche der Suppe schwamm. Der Patient, ein 43jähriger Bauunternehmer, fühlte daraufhin einen schmerzhaften Stich und einen Druck hinter dem Brustbein. Bei der Oesophagoskopie sah man den beiderseits eingespiessten Holzsplitter. Nach dessen Entfernung heilten die Schleimhautwunden unter Jodbepinselung innert 10 Tagen.
- 19) Eine harte Brotkrume wurde einem 26jährigen Herrn zum Verhängnis. Nebst schmerzhafter Druckempfindlichkeit und Erbrechen stellte sich plötzlich Blutauswurf ein. Bei der Oesophagoskopie konnte man an der linken Wand eine zirka 1 cm lange schnittförmige Wunde erkennen. Nach der Entfernung der Brotkrume liessen die Beschwerden nach; später aber folgten Schluckbeschwerden. Die Heilung der Verletzung hatte zu einer leichten Verengung der Speiseröhre geführt, die durch Dehnen behoben wurde.

- 20) 25 Die lungenkranke Frau Elise Mühlebach spürte beim Mittagessen, wie die Gaumenplatte ihrer Kautschukprothese zerbrach und beide Teile tief in den Hals rutschten. Das eine Stück konnte sie sofort wieder ausspucken; das andere verursachte heftige Schmerzen. Mittels zweier Röntgenaufnahmen lokalisierte man den Fremdkörper auf der Höhe des siebenten Wirbels. Das Prothesenstück wies einen Metallhaken auf, der nach oben rechts zeigte. Bei der Entfernung in Rückenlage wurde es zuerst vorsichtig etwas nach unten gestossen, damit man den eingespiessten Metallhaken freibekam. Dann wurde es ohne weitere Schwierigkeiten extrahiert.

Fremdkörper der Trachea

- 21) 21 Wie unter Fall 10 erwähnt, brach bei der Tracheotomie von Frau Näf ein Stiftzahn ab. Sie hatte 14 Tage vorher einen Suppenknochen verschluckt, worauf sie unter Husten und Atemnot litt. Der Fremdkörper lag etwa 7 cm unterhalb der Stimm lippen in der Luftröhre. Dort wurde er mit einer breiten Zange zuerst gedreht und dann herausgezogen.
- 22) V Unter Fall 22 wird von Richard Staub berichtet, dessen Krankengeschichte auf Seite 64 f. zu finden ist.
- Zusätzlich erwähnt Wild, wie eine offene Sicherheitsnadel oder Brosche in der Trachea zu schliessen sei, denn die Extraktion in geöffnetem Zustand ist vielfach unmöglich. Man solle daher versuchen, die Sicherheitsnadel in das Tracheoskopierohr zu ziehen, und dann beides zusammen entfernen.
- 23) 22 Eine Stecknadel, die die 14jährige Marta Beinegger während der Nähstunde zwischen den Lippen gehalten hatte, geriet ihr plötzlich in den Hals. Röntgenbild und Bron-

choskopie zeigten, dass sie auf Höhe der Bifurkation im rechten Hauptbronchus eingespiesst und eingekeilt war. Wild fasste die Nadel in der Nähe der Spitze und zog sie nach aussen. Dadurch wurde die Spitze frei, und die Nadel konnte extrahiert werden.

- 24) Einem 16jährigen Elektrotechnikerlehrling stiess dasselbe Missgeschick zu. Die Aerzte wussten zunächst nicht, ob die Nadel verschluckt oder aspiriert worden war. Da bei jedem Schlucken Schmerzen in der Magengegend gefühlt wurden und da Hustenanfälle fehlten, vermutete man, dass die Nadel verschluckt worden sei. 9 Tage nach dem Unfall stellte man jedoch Rasselgeräusche der Lunge fest. Bei der daraufhin ausgeführten oberen Bronchoskopie konnte Wild in einem kleinkalibrigen Bronchialästchen Granulationen erkennen. Das Lumen war indessen für die Extraktion mit bronchoskopischen Instrumenten viel zu klein. Der Patient verweigerte jede weitere Behandlung. Er hatte Glück, denn die Nadel heilte ein und verursachte keine weiteren Beschwerden.
- 25) Ein aspirierter Knochen verursachte bei einer 23jährigen Fabrikarbeiterin Husten und blutigen Auswurf. Mit dem Killianschen Rohr konnte man nach Reinigung des linken Unterlappenbronchus den Fremdkörper wahrnehmen. Die Extraktion gelang nicht, da er zu fest sass. Am folgenden Tag erholte sich die Kranke auffallend rasch. Man dachte, die Patientin habe den Knochen, ohne es zu merken, ausgehustet. Nach einiger Zeit bekam sie wieder Atemnot und spuckte erst jetzt das Knochenstück doch noch aus.
- 26) Ein 50jähriger Mann aspirierte einen spongiösen Knochen. Wenige Tage danach erkrankte er an Pleuritis, die nach der Extraktion des Knochens aus dem rechten Unterlappenbronchus auffallend rasch ausheilte. Es liess sich daher

annehmen, dass der Fremdkörper die Ursache der Pleuritis war.

- 27) Wiederum ein Knochen führte bei einem 12jährigen Mädchen zu Zyanose, keuchender Atmung und Hustenreiz. Mit Hilfe von Codein zur Unterdrückung des Hustenreizes gelang es, den Fremdkörper aus dem linken Unterlappenbronchus zu entfernen.

IV. DER HOLZKASTEN MIT DEN VON WILD EXTRAHIERTEN FREMDKOERPERN

a) Der Holzkasten und sein Inhalt

Oscar Wild bewahrte die bemerkenswerten Gegenstände, die er aus den Luftwegen extrahiert hatte, in einer grossen Schachtel auf. Sie hatte immer ihren festen Platz auf seinem Schreibtisch.

Die Schachtel besteht aus poliertem kastanienbraunem Holz und ist 37 cm lang, 28 cm breit und 13 cm hoch. Die Ecken sind mit eingelegten Metallbeschlägen verstärkt. Der Deckel trägt in der Mitte das Wildwappen. Es stellt einen nackten "wilden Mann" mit Knüppel dar.

Beim Oeffnen des Deckels erblickt man einen Einsatz mit 2 Reihen zu je 7 Fächern. Jedes Fach enthält ein Reagenzglas von 3 cm Durchmesser. Die darin befindlichen Gegenstände sind durch einen Korkzapfen vor dem Herausfallen gesichert. Anstelle einer dritten Reihe mit sieben Fächern ist eine Ablage für Verschiedenes freigelassen. Nach dem Herausheben des Einsatzes erscheinen weitere drei Reihen mit je sieben Fächern. In jedem findet sich ebenfalls ein beschriftetes Glas.

Im folgenden Abschnitt sei eine vollständige Liste des Inhaltes wiedergegeben:

Einsatz (= obere Lage)

1. Reihe

- 1) Frau Hermine Baumann, 7. Januar 1927
Fischgräte in der rechten Gaumenmandel
(Gräte von ca. 1 cm x 1 mm Durchmesser)
- 2) Herr Robert Amstad, 4. Februar 1910
Verletzung der hinteren Rachenwand beim Exspuieren (= Aus-spucken) dieses Knochens
(Knochen 2,2 x 1 cm)

- 3) a) Hedwig Russenberger, 4. Juli 1918
Glasperle in der Nase
(gelbgrüne Glasperle von 9 mm Durchmesser mit zentralem Loch)
- b) Berta Stadler
Fischgräte (Häring) im unteren Pol der linken Tonsille
(Fischgräte in einem zweiten kleineren Glas)
- 4) Steiger, 25. August 1904
Knochen, 8 Monate im rechten Unterlappen-Bronchus (Ex-
pectoration). Pleuritis exsudata
(Knochen 2 x 0,7 cm)
- 5) Herr Pilny, 1904
Ethmoiditis luetica: Spontaner Sequester
(Knochenstück 1 x 0,6 cm)
- 6) Kind, 3½jährig, 15. August 1904
Schuhknopf aus der linken Nase
Eitriger Ausfluss links seit 1½ Jahren
(Knopf mit Metallöse 0,9 x 0,6 cm)
- 7) Herr Hans Schoch, 11. Oktober 1913
Borste einer Zahnbürste aus der rechten Tonsille
(Borste 1,5 x 0,1 cm Durchmesser)

2. Reihe

- 8) Frau Rosa Kramer, 24. Juli 1925
Fischgräte in der linken Tonsille
(Fischgräte 2,5 x 0,2 cm)
- In diesem Fach findet sich ausserdem ein Stück Gummi-
schlauch von 0,8 cm Durchmesser.
- 9) Joseph Güntensperger, 25. November 1903, 2 Jahre 5 Mona-
te alt
Rundes Maschinenschiffli
(Schiffli 2,2 cm Durchmesser, 0,8 cm hoch)
- 10) Frau Näf, 11. Oktober 1915
Stiftzahn, abgebrochen bei der Tracheoskopie
(Prozellan, 3 mm dick)
- 11) a) Louise Kramer, 30. Januar 1891
Sequester aus der Nase
(Knochenstück 2,2 x 1 cm)

- b) 2. kleines Glasröhrchen:
Frau E. Rudolf, 21. Oktober 1928
Rebhuhnknochen in der Mandel
(Knochen 2 x 0,15 cm)
- 12) 3 kleine Glasröhrchen:
- a) Herr Emil Gossweiler, 14. Dezember 1912
Pille aus der rechten Nase
(einige Brosamen)
- b) unbekannter Patient, 1903
Suppenknochen, in die Nase gehustet
Extrahiert 1905
(Knochen 0,8 x 0,5 cm)
- c) Herr Bianchi, 1903
Pille aus der linken Nase
(Brosamen)
- 13) a) Rösli Häusler, 7 Jahre alt, 4. Februar 1917
Fischgräte im Hypopharynx
(Fischgräte 2 x 0,2 cm)
- b) 1 Objektträger mit Präparat:
Paul Bühlmann, Dezember 1927
Teleangiektischer Polyp der rechten Muschel
- 14) Frau Kullmann-Staub, 15. Mai 1914
Fischgräte in der rechten Tonsille
(Fischgräte 2 x 0,2 cm)

3. Ablage (von links nach rechts)

a) Reagenzgläser:

- I Arturo Pampaluchi, 6. Juli 1923
Weidenblüte aus dem linken Ohr
(Weidenblüte 0,8 cm Durchmesser)
- II Herr Otto Zirker, 12. Oktober 1928
Birklinggräte aus der Mandel
(Gräte 1 x 0,05 cm)
- III Herr Dutweiler
Zahnbürstenborste der rechten Tonsille
(Borste 1,5 x 0,1 cm)
- IV Moritz Alois, 38 Jahre alt, von Neuenburg, Spengler, 7.
März 1903
Blusenknopf, über 30 Jahre in der linken Nase. Verstopfung, Nekrose.
(Knopf 0,8 cm Durchmesser)

b) Gegenstände:

- V Richardli Staub, 5 Monate alt, 12. April 1913
Brosche aus dem Larynx
(Brosche 3 cm lang)
- VI Frau Z. Wittwer, 5. Mai 1924
Eingespiesst im linken Handballen
(Häkelinstrument, bestehend aus kleinem Metallhaken und Holzgriff)
- VII Abgebrochenes Tonsillotom-Messer, das 12 Jahre in Gebrauch war.
Abgebrochenes Stück wurde aus Tonsille entfernt.

Bodenteil (= untere Lage)

1. Reihe

- 15) Tapezierer, 1902
Nagel aus der Zungentonsille von Tapezierer
(Tapezierernagel 0,7 cm lang)
- 16) De Angelis, 1905
Fischgräte in der Mitte der Tonsille
(Gräte, gebogen, 1,5 x 0,5 cm Durchmesser)
- 17) Frau Dr. Steiner, 11. März 1905
Weissfischgräte im unteren Pol der rechten Tonsille
(Gräte 1,8 x 0,1 cm Durchmesser)
- 18) Dr. Hans Gwalter, 12. Juni 1918
Zahnbürstenborste
(Borste 1,8 x 0,05 cm Durchmesser)
- 19) Unbekannt, 1904
Ductus Wharton Speichelstein-Abszess
(gelblicher Stein 1 x 0,4 cm)
- 20) Ida Dresch, 22 Jahre alt, 2. Mai 1902
Speichelstein im Ductus Stenonis (= parotideus) (1,7 x 0,4 cm)
- 21) Frau Pauline Näf, 35 Jahre alt, 11. Oktober 1915
Knochen aus der Trachea
(3 Knochenstücke: 1 x 0,5 cm, 0,4 x 0,3 cm, 0,4 x 0,3 cm)

2. Reihe

- 22) Marta Beinegger, 14 Jahre alt, 15. November 1913
Stecknadel aus dem rechten Bronchus
(Nadel 3,5 x 0,1 cm mit Rundkopf)
- 23) Marta Maurer, 10 Jahre alt, März 1915
Knochen aus dem linken Unterlappen-Bronchus
(Knochenstück 1,2 x 0,9 cm)
- 24) Sattler Knöpfel, Altstetten, April 1901
Gebiss aus dem linken Hauptbronchus
(Fleischhakenprothese mit Klammern auf oberen Eckzähnen)
- 25) Frau Elise Mühlebach, 36 Jahre alt, 27. April 1914
Gebiss aus dem Hypopharynx
(Prothesenstück)
- 26) Vera Eicke, 14. Juni 1916
Revolverprojektil in der linken Lunge, Muster einer
Patrone
(Patronenhülse 2,5 x 0,8 cm Durchmesser; Projektil 1 x
0,8 cm Durchmesser)
- 27) Herr Vecchi, 1903
Holzsplitter aus Ulcus oesophagicum duplex, per vias
naturales (mit dem Stuhl ausgeschieden)
(Holzsplitter 1,4 x 0,2 cm)
- 28) Herr Speck, 16. April 1917
Knochen in der Speiseröhre
(Knochen 1 x 2 cm)

3. Reihe

- 29) Unbekannt, 1902
Stecknadel, per vias naturales
(Stecknadel 2,7 cm lang)
- 30) Fritz Pänter, 14 Jahre alt, 22. August 1915
Fremdkörper aus dem rechten Ohre
(verschiedene Blätter und Knollen)
- 31) Hanny Gujer, 19. April 1924
Orangenkern im Oesophagus
(Kern 1 cm lang)

- 32) Unbekannt, 1903
Beinknopf eines Bleistiftes, ca. 10 - 15 Jahre im linken Gehörgange
(Knopf 0,7 cm Durchmesser mit Anschlussstück für Bleistift)

- 33) Richard Aman, 3. Juni 1922
Grasähre aus der rechten Vallecula
(Aehre 2 x 0,2 cm)

- 34) Nora Wild, 1. Juni 1922
Fischgräte aus der rechten Tonsille
(Grätenverzweigung 1,3 x 0,1 cm Durchmesser)

- 35) Frau Gomringer, 23. Oktober 1923
Verkalkter Kirschstein in der rechten Nase
(Kirschstein von ca. 1,5 mm Kalk überzogen)

b) Der Fall Richard Staub und die Herkunft des Holzkastens

Am 12. April 1913 um zehn vor fünf Uhr nachmittags sollte der fünf Monate alte Richard Staub, geboren am 12. November 1912, den Schoppen einnehmen. Dazu befestigte das Kindermädchen wie immer die Serviette mit einer Brosche an Richards Kleidern. An diesem Tag gelang es ihm, die Serviette samt der Brosche abzureissen, da die Nadel nur leicht in der Verschlussöse sass. Danach führte er die Brosche zwecks näherer Bekanntschaft in den Mund. Plötzlich musste er husten, und dabei rutschte die Brosche so weit nach hinten, dass sie verschwunden blieb. Die Mutter rief ihren Mann und den Hausarzt Dr. Fingerhuth³⁸ herbei. Dieser fuhr mit Richard ins Krankenasyll Neumünster. Dort konnte man mit Hilfe einer Durchleuchtung die Lage der Brosche im Hals feststellen. Um 7 Uhr traf man bei Dr. Wild ein. Hier seine Krankengeschichte:

"Die Nadel war wahrscheinlich zuerst in der Speiseröhre und verstach die Arygegend, wurde dann wahrscheinlich herausgewürgt und in die Luftröhre aspiriert. Doppelter Halbkreis von Golddraht aus dem Schleim nach Wegwischen sichtbar. Diagnose auf Ring der Brosche gestellt, in diesen ein Häkchen eingeführt, leicht angezogen und dann mit einem langen Péan fest gefasst und fixiert. Der Assistent hielt dann die Zange. Während ich

untersuchte, zog er leicht an, nach oben. Ich konnte nun die Lage der Brosche feststellen, nahm an, dass sie offen aspiriert wurde, das untere Ende in der Trachea liege, die spitze Nadel nach hinten liege und in der hinteren Larynxwand eingespiesst sei. Darauf nahm ich die Zange in die rechte Hand, der Assistent hielt den Spatel, ich ging mit dem linken Zeigefinger ein, fühlte zuerst nach dem Ring, ging der vorderen Branche der Brosche nach, palpizierte dann nach hinten. Konnte fühlen, dass das spitze Ende der Brosche in der Arygegend eingespiesst war. Ich stiess mit der Zange die Brosche in die Tiefe, und mein Zeigefinger war gerade noch lange genug, dass die befreite Spitze unter den Nagel zu liegen kam. Ich drückte sie und damit die federnde Nadel kräftig nach vorn, gegen die vordere Branche der Brosche und zog dann die Zange mit dem Ringe nach oben. Dadurch wurde die Brosche geschlossen. Es gelang, die hintere Nadel über die Arygegend zu luxieren. Der untere Teil lag vorn in der Speiseröhre. Die Nadel konnte ich unter den Nagel meines Zeigefingers bringen, nach vorne drücken und so die ganze Brosche ohne irgendeine Verletzung extrahieren." 39

Nach der Entfernung der Brosche entwickelte Richard im weiteren Verlauf kein Fieber und begann mit der Nahrungsaufnahme bereits am nächsten Vormittag wieder. Trotzdem ergab sich diesmal statt der wöchentlichen Gewichtszunahme von normalerweise 180 Gramm bei 5 Kilo Körpergewicht eine Abnahme von 30 Gramm.

Zum Dank für die gelungene Behandlung liess Vater Staub bei einem Schreiner einen Holzkasten anfertigen. Dieser sollte zur Aufbewahrung weiterer extrahierter Gegenstände und als Ersatz einer bereits schäbig gewordenen Schachtel dienen. Die bisherige benutzte Wild fortan als Zigarrenbehälter.

c) Der Fall Friedrich Moser

Von Friedrich Moser ist uns ein Foto mit Text erhalten geblieben. Er war sechs Jahre alt, Söhnchen des Kleinjoggelibauers in Guttach. Es fand sich im rechten Hauptbronchus eine Bohne, die Oscar Wild am 3. November 1900 entfernen konnte.

V. WEITERE GEGENSTÄNDE VON OSCAR WILD

In der Sammlung des Medizinhistorischen Instituts der Universität Zürich befinden sich noch einige weitere Gegenstände aus dem Besitz Oscar Wilds.

Als erstes ist ein Bronchoskopie-Phantom nach Professor G. Killian zu erwähnen, das für bronchoskopische und oesophagoskopische Uebungen verwendet wurde. Mund, Rachen, Kehlkopf, die Luftröhre und die Bronchien sind aus Gummi nachgebildet. In der schweren Fussplatte erkennt man die eingravierte Widmung: S. (Seinem) l. (lieben) Collegen O. Wild z. frdl. (freundlichen) Erinnerung an unsere Englandreise v. V.

Weiter findet man ein vollständiges Bronchoskopie-Instrumentarium nach Killian. Es besteht aus vielen bronchoskopischen Röhren verschiedener Weite und Länge, mehreren Greifern, Löffeln, Dilatoren an langen Stielen und einigen elektrischen Kautern, ebenfalls an langen Stielen. Alle Instrumente sind in einem weissen Leinen-Rolletui versorgt.

Dazu kommen noch viele Einzelinstrumente, so drei Tonsillotomie-Ringmesser mit Holzgriffen und 14 Halsspiegel verschiedener Grösse und Form, teils mit auswechselbaren Spiegelansätzen. Zu nennen sind ferner sechs Träger für Aetzmittel. Einer davon weist eine verschiebbare Schutzhülse um das eigentliche Träger-element auf. Vorhanden sind auch sieben Metallinstrumente, deren Spitze jeweils zum Glühen gebracht wurde. Eine Fingerhülse nach Zaufal, die aus drei miteinander gelenkig verbundenen Metallringen und einem scharfen Löffel besteht, befindet sich ebenfalls in der Sammlung.

Daneben sind noch fünf Clichés erhalten geblieben. Vier davon wurden zum Druck der Arbeit "Aspirationsapparat mit Wasser- und

Quecksilbermanometer" gebraucht.⁴⁰ Sie zeigen den Aspirationsapparat, sein Funktionsschema, zwei Nasenansätze und vier im Artikel beschriebene Saugansätze. Das fünfte Cliché gibt ein Universal-Nasen-Ohreninstrument wieder und wurde wahrscheinlich für einen Sonderkatalog der Firma Hausmann AG (St. Gallen) verwendet. In den Geschäftsberichten derselben Firma findet man die Beschreibung eines Operationstisches und eines Untersuchungsdivans, die beide nach Angaben Oscar Wilds angefertigt wurden.

Eine technische Zeichnung, die ein Spuckglas mit automatischer Spülung darstellt, trägt die Datierung: Bruxelles, le 18 février 1909, Wilds Namen, eine siegelartige Einprägung und eine weitere Unterzeichnung. Vermutlich handelt es sich um den Bestandteil einer Patentschrift.

VI. KURSE UND VORLESUNGEN OSCAR WILDS

(Nach den Vorlesungsverzeichnissen von 1905-1915)

Im Sommersemester 1905 begann Oscar Wild an der Universität Zürich Vorlesungen und praktische Uebungen zur "Untersuchung der Luftwege und der oberen Speisewege" zu geben. Weiter konnten die Medizinstudenten auch "Poliklinik der Nasen- und Halskrankheiten" bei ihm belegen. Dann, im Sommersemester 1907, hielt er aus gesundheitlichen Gründen nur die Vorlesung "Ausgewählte Kapitel aus der Pathologie und Therapie der Nasen- und Halskrankheiten". Im darauffolgenden Semester erteilte er nochmals die beiden früheren Lehrveranstaltungen. Jedoch im Sommersemester 1908 musste er sich seiner Gesundheit wegen wieder mit der Vorlesung über die "Ausgewählten Kapitel" begnügen. Sie fand dann regelmässig jedes Semester bis zu seinem Rücktritt auf Ende des Wintersemesters 1914/15 statt. Vom Sommersemester 1909 an übernahm Felix Nager den Kurs, die Hauptvorlesung und die Poliklinik der Rhinolaryngologie. Nager war es beschieden, mit 50 Jahren zum Extraordinarius und mit fast 70 Jahren, ein Semester vor seiner Emeritierung, zum Ordinarius aufzusteigen.

VII. ANMERKUNGEN

Mehrere Anmerkungen verweisen auf das Verzeichnis der Abhandlungen Wilds auf Seite 73. Es wird hier als "Bibliographie Wild" bezeichnet.

- 1 Bibliographie Wild, erste Arbeit von 1897.
- 2 Bibliographie Wild, zweite der Arbeiten von 1905.
- 3 Hans Killian: Gustav Killian. Sein Leben, sein Werk. Zugleich ein Beitrag zur Geschichte der Bronchologie und Laryngologie. Remscheid-Lennep 1958. Darin S. 64-67. Gustav Killians Monographie heisst: Die Untersuchung der hinteren Larynxwand, Jena 1890.
- 4 Killian-Biographie, S. 68.
Gustav Killian, Ueber die Rhinoskopia media. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 43 (1896), Nr. 31.
- 5 Killian-Biographie, S. 70-104.
Gustav Killian, Ueber directe Bronchoskopie. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 45 (1898), S. 844-847.
- 6 Killian-Biographie, S. 202-208.
Gustav Killian, Die Schwebelaryngoscopie. In: Archiv für Laryngologie und Rhinologie 26 (1912), S. 277-317.
- 7 Killian-Biographie, S. 105-109.
Gustav Killian, Die submucöse Fensterresektion der Nasenscheidewand. In: Archiv für Laryngologie und Rhinologie 16 (1904), S. 362-387.
- 8 Killian-Biographie, S. 109-113.
Gustav Killian, Die Killian'sche Radicaloperation chronischer Stirnhöhleneiterungen. In: Archiv für Laryngologie und Rhinologie 13 (1903), S. 28-88.
- 9 Gustav Killian, Die Nebenhöhle der Nase in ihren Lagebeziehungen zu den Nachbarorganen. Folioatlas. Jena 1903.
- 10 Das umfangreiche "Handbuch der Laryngologie und Rhinologie", herausgegeben von Paul Heymann, Wien 1898-1900, umfasst fünf Bände. "Kehlkopf und Luftröhre" werden in zwei braunen Bänden I behandelt. "Der Rachen" wird im grünen Band II dargestellt. Die beiden dunkelroten Bände III besprechen "Die Nase". Hier steht im Band III, 2. Hälfte: Gustav Killian, Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Einleitung, S. 985-1003.

- 11 Vgl. Anm. 9. Englisch: The accessory sinuses of the nose and their relations to neighbouring parts. Translated by D.R. Paterson. Jena/Chicago 1904.
- 12 Fischenich hat im "Archiv für Laryngologie und Rhinologie" und in den "Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen" mehrfach Beiträge veröffentlicht, wie sich aus dem "Handbuch der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde", herausgegeben von Alfred Denker und Otto Kahler, Band 2 und 3 (Berlin/München 1926 und 1928), ergibt.
- 13 Bibliographie Wild, erste Arbeit von 1897 (Diss. Wild).
- 14 Diss. Wild, S. 3.
Gustav Huguenin, Ueber die Verbreitungsweise des Miliartuberkels im Körper. In: Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 6 (1876), S. 362-365. - Gustav Huguenin, Die verschiedenen Formen der Phthise. Ibid. 10 (1880), S. 45-49.
- 15 Diss. Wild, S. 3. - Hanau achtete auf die Anzahl vorhandener Tuberkelbazillen. Diss. Wild, S. 18.
Arthur Hanau, Beiträge zur Lehre von der acuten Miliartuberculose. In: Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin 108 (1887), S. 221-238.
- 16 Diss. Wild, S. 6. Vgl. die in Anm. 20 genannte Diss. Sigg, S. 24.
Carl Weigert hat sich oft zur Miliartuberculose geäußert: Zur Lehre von der Tuberculose und von verwandten Erkrankungen. I. Zur Pathogenie der acuten Miliartuberculose. In: Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin 77 (1879), S. 269-287. - Ausgedehnte umschriebene Miliartuberculose in grossen offenen Lungenarterienästen. Ibid. 104 (1886), S. 31-41. - Die Verbreitungswege des Tuberkelgifts nach dessen Eintritt in den Organismus. In: Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung, N.F. 21 (1884), S. 146-157.
- 17 Diss. Wild, S. 5.
Walther Brasch, Beiträge zur Kenntniss der Pathogenese der acuten allgemeinen Miliartuberculose, Diss. Kiel 1890.
- 18 Diss. Wild, S. 5.
Paul Baumgarten, Lehrbuch der Pathologischen Mykologie, Braunschweig 1890, S. 595.
- 19 Diss. Wild, S. 9.
W. Wyssokowitsch, Ueber die Schicksale der in's Blut injicirten Mikroorganismen im Körper der Warmblüter. In: Zeitschrift für Hygiene 1 (1886), S. 3-46.

- 20 Diss. Wild, besonders S. 13.
Arnold Sigg, Beiträge zur Lehre von der acuten Miliartuberculose, Diss. Zürich 1896.
- 21 Diss. Wild, S. 24.
Vgl. die in Anm. 16 genannte Abhandlung in Virchows Archiv 77 (1879), S. 270.
- 22 Diss. Wild, S. 25.
Johannes Orth, Zur Frage nach den Beziehungen der sog. acuten Miliartuberculose und der Tuberculose überhaupt zur Lungenschwindsucht. In: Berliner klinische Wochenschrift 18 (1881), S. 613-616.
- 23 Bibliographie Wild, 1899.
- 24 Bibliographie Wild, zweite Arbeit von 1897.
- 25 Bibliographie Wild, 1902.
- 26 Bibliographie Wild, erste Arbeit von 1905.
- 27 Bibliographie Wild, Habilitationsschrift 1905.
- 28 Wilds Habilitationsschrift, S. 19.
Einschlägige Schriften dieser Begründer der medizinischen Kehlkopfspiegelung:
 - Ludwig Türck, Der Kehlkopfrachenspiegel und die Methode seines Gebrauches. In: Zeitschrift der kaiserlich-königlichen Gesellschaft der Aerzte zu Wien, N.F. 1 (1858), S. 401-409.
 - Ludwig Türck, Praktische Anleitung zur Laryngoscopie, Wien 1860.
 - Ludwig Türck, Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Mit Atlas. Wien 1866. (Im Buch das Kapitel Tracheoskopie.)
 - Johann Nepomuk Czermak, Physiologische Untersuchungen mit Garcia's Kehlkopfspiegel. In: Sitzungsberichte der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften, Wien (Mathematisch-naturwissenschaftliche Classe) 29 (1858), S. 557-584.
- 29 Wilds Habilitationsschrift, S. 21f.
Rudolph Voltolini, Eine Nusschale 10 Monate in der Luftröhre; ein neues Speculum für letztere; Operation. In: Berliner klinische Wochenschrift 12 (1875), S. 71-74.
- 30 Wilds Habilitationsschrift, S. 23.
Alfred Kirstein, Autoskopie des Larynx und der Trachea. In: Archiv für Laryngologie und Rhinologie 3 (1895), S. 156-164. Ebenso in: Berliner klinische Wochenschrift 32 (1895), S. 476-478.

- 31 Wilds Habilitationsschrift, S. 31f.
Vgl. Gustav Killian, Die Untersuchung der hinteren Larynxwand, Jena 1890.
- 32 Wilds Habilitationsschrift, S. 100.
- 33 Manuskript im Medizinhistorischen Institut der Universität Zürich.
- 34 Bibliographie Wild, 1919.
- 35 Bibliographie Wild, 1920.
- 36 Der Amerikaner William Baker Fahnestock, Arzt in Philadelphia, konstruierte 1832 das Tonsillotom, bei dem ein innen scharfes Ringmesser von hinten nach vorn schneidet. - Das Instrument wurde mannigfach abgewandelt, so mit einer zweizinkigen Harpune versehen, die die Mandel ansticht.
- 37 Das Ringmesser, Fenstermesser oder Adenotom des Berliner Otorhinologen Hugo Beckmann (1861-1907) ist das meistverwendete Instrument zur Entfernung der vergrösserten oder chronisch entzündeten Rachenmandel und ihrer Reste.
- 38 Dr. Max Fingerhuth (1876-1926) war einer der bekanntesten Hausärzte Zürichs. Er wurde später Kantonsrat, Erziehungsrat, Sanitätsoberst, Präsident der kantonalen und der schweizerischen Aerztegesellschaft und Redaktor der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift.
- 39 Handschriftlich im Zürcher Medizinhistorischen Institut. Mit anderen Sätzen wird das Erlebnis erzählt in der gedruckten Abhandlung "Fremdkörper der Luft- und Speisewege" (Bibliographie Wild, 1920), S. 12f.
- 40 Bibliographie Wild, 1919.

VIII. VERZEICHNIS WISSENSCHAFTLICHER ARBEITEN OSCAR WILDS

- 1897 Ueber die Entstehung der Miliartuberculose.
(Aus dem Pathologischen Institut der Universität Zürich.)
In: Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin 149 (1897), S. 65-94.
Sonderdruck als Dissertation mit der Widmung: Meinem lieben Vater.
- 1897 Beitrag zur Kenntnis des Bacillus enteritidis sporogenes.
In: Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten 23 (1898), S. 913-917.
- 1899 Ein Fall von Pleuritis diaphragmatica. In: Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 29 (1899), S. 490-492.
- 1902 Zwei neue bronchoskopische Fremdkörperfälle. In: Archiv für Laryngologie 12 (1902), S. 190-193.
- 1905 Ueber vollkommene und unvollkommene Entfieberung bei hochfieberhafter Lungentuberkulose. In: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 3 (1905), S. 179-189.
- 1905 Die Untersuchung der Luftröhre und die Verwendung der Tracheoskopie bei Struma. Habilitationsschrift. Aus der Zürcher Chirurgischen Klinik. Tübingen 1905. 110 S. u. 5 Taf.
- 1906 Neuere Fortschritte der Lehre von den Nasen- und Halskrankheiten. Antrittsvorlesung als Privatdozent vom 3. März 1906. Maschinengeschriebenes Manuskript im Medizin-historischen Institut der Universität Zürich.
- 1907 Ausgewählte Kapitel aus der Pathologie und Therapie der Hals- und Nasenkrankheiten. Maschinengeschriebenes Manuskript zu Vorlesungen, die Wild im Sommersemester 1907 erstmals hielt. Ebenfalls dort.
- 1919 Aspirationsapparat mit Wasser- und Quecksilbermanometer. In: Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 49 (1919), S. 1544-1551.
- 1920 Fremdkörper der Luft- und Speisewege. In: Archiv für Laryngologie und Rhinologie 33 (1920), S. 625-641.

QUELLEN UND LITERATUR

1. Für Oscar Wilds Lebensgang

Ungedrucktes und Akten

a) Im Medizinhistorischen Institut der Universität Zürich

- Vier Zeichnungen Oscar Wilds aus der Gymnasialzeit
- Schulzeugnisse, Testathefte und Arztdiplom
- Brief und Empfehlung von T.W. Shore (St. Bartholomew's Hospital) vom 26.1.1899
- Brief und Empfehlung von Albert Döderlein (Universitätsklinik Tübingen) vom 28.10.1904
- Seite mit handgeschriebenem Lebenslauf von Oscar Wild (Abteilung Ha Bro)
- Pfarrer A. Baer, Hinwil, Ansprache bei der Bestattung am 30. November 1932
- Dr. med. Ernst Anderes, Rede vor der Trauerversammlung

b) Universitätsarchiv Zürich

- Personalakten Oscar Wild

c) Staatsarchiv Zürich

- Akten zur Privatdozentur (Signatur U 106 f 2)

Gedrucktes

- Neue Zürcher Zeitung vom 6. März 1906 (Kleine Chronik)
- Neue Zürcher Zeitung vom 28. November 1932 (Todesanzeige)
- Robert Oscar Wild (1870-1932). In: Vierteljahrsschrift der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich 77 (1932), S. 282.
- Dr. med. Oskar Wild. In: Semester-Nachrichten Nr. 43/Juni 1933, S. 13-16, mit Bild. Herausgegeben vom Studenten-Gesangsverein Zürich.

- Kaufmann, Hans, Dr. med. Oskar Wild v/o Amor. In: Der Wengianer. Vereins-Organ der Wengia Solothurn. Jg. 46, Nr. 1/2, Mai/Juni 1933, S. 1-4, mit Bild.
- Gagliardi, Ernst; Nabholz, Hans; Strohl, Jean, Die Universität Zürich 1833-1933 und ihre Vorläufer, Zürich 1938, S. 897.

Mündliche Auskünfte und Stammbäume

- Gespräche mit Frau Dr. Nora Winterhalter-Wild vom 18. Mai 1983, 17. und 28. September 1983 (Tochter Oscar Wilds).
- Gespräch mit Frl. Emma Hierlemann vom 30. September 1983.
- Stammbaum der Familie Wild und Stammbaum der Familie Mayer/Winterhalter, beide im Besitze von Frau Dr. Winterhalter-Wild

2. Für die Tochter Oscar Wilds

Aus der Todesanzeige Oscar Wilds ging der Name der Tochter hervor. Das Telefonbuch wies den Weg zu ihr. Die Darstellung folgt ihrer Erzählung.

3. Für Gustav Killian

Zum Lebenslauf

- Hans Killian, Gustav Killian. Sein Leben, sein Werk. Remscheid-Lennep 1958. (Der Chirurg Hans Killian, 1892-1982, war der Sohn Gustav Killians.)
- Hans Killian, Hinter uns steht nur der Herrgott, München 1957 (Kapitel "Der Vater").

Zum Briefwechsel zwischen Gustav Killian und Oscar Wild

- 18 Originalbriefe Killians an Wild und Kopierpressenabzug eines Briefes von Wild an Killian im Medizinhistorischen Institut der Universität Zürich (Abteilung Handschriften).

Die Briefe Nr. 10-13 sprechen von der Sorge Killians um den Fortbestand der Vereinigung süddeutscher Laryngologen. Zur Erläuterung wurden herangezogen:

- Münchener Medizinische Wochenschrift 51 (1904), S. 1495; 52 (1905), S. 1606 und 2297.
- Verhandlungen des Vereins Süddeutscher Laryngologen 1904-1908, Würzburg 1908 (durch Fernleihe aus Heidelberg).

4. Für Wilds wissenschaftliche Abhandlungen

Die Druckorte der verwendeten Originale sind im "Verzeichnis wissenschaftlicher Arbeiten Oscar Wilds" auf S. 69 zusammengestellt.

5. Für Oscar Wilds Holzkasten mit extrahierten Gegenständen

- Der Holzkasten mit den Objekten in der Medizinhistorischen Sammlung in Zürich.
- Beilagen zum Kasten:
 - a) Oscar Wild, Krankengeschichte des Kindes Richard Staub, 13. April 1913.
 - b) Brief des gleichnamigen Vaters Richard Staub an Wild, 31. Mai 1913.
 - c) Antwort von Wild, 3. Juni 1913.
 - d) Photo des Kindes Friedrich Moser.

6. Weitere Gegenstände von Oscar Wild

- Objekte in der Medizinhistorischen Sammlung in Zürich.
- Gustav Killian, Ein Bronchoskopie-Phantom. In: Archiv für Laryngologie 13 (1902), S. 111-113, mit zwei Abbildungen.
- H. Reiner, Catalog für Oto-Rhino-Laryngologische Instrumente, Wien 1908, S. 82 (zwei Abbildungen des Bronchoskopie-Phantoms).

7. Für Kurse und Vorlesungen Oscar Wilds

- Vorlesungsverzeichnisse der Universität Zürich, 1905-1915.
Im Staatsarchiv Zürich.

ZUSAMMENFASSUNG

Oscar Wild studierte Medizin in Genf und Zürich, wo er 1896 das Studium mit dem Staatsexamen abschloss. Zur weiteren Ausbildung begab er sich nach London an das St. Bartholomew's Hospital, nach Tübingen an die Frauenklinik und nach Davos an Dr. Turbans Lungensanatorium. 1899-1901 war er erster Assistent bei Professor Gustav Killian in Freiburg im Breisgau. 1901 übersiedelte er nach Zürich und eröffnete dort an der Steinwiesstrasse eine Praxis für Hals-, Nasen- und Lungenkrankheiten. Gleichzeitig wirkte er als Volontärarzt auf seinem Spezialgebiet an der Poliklinik der Universität Zürich. 1905 habilitierte er sich mit einer Arbeit über die Untersuchung der Luftröhre bei Struma. Als Dozent musste er bereits 1915 aus gesundheitlichen Gründen zurücktreten. 1932 starb er nach längerer Krankheit an Darmtuberkulose.

Die fruchtbarste Zeit verbrachte er als Assistent bei Gustav Killian. Dieser war damals einer der berühmtesten Rhino-Laryngologen Europas. Killian führte die Larynxuntersuchung am nach vorne hängenden Kopf ein und entwickelte die direkte Bronchoskopie. Mit Hilfe eines speziellen Instrumentariums gelang ihm auf diesem Wege die Extraktion vieler aspirierter Fremdkörper, und er konnte so Patienten helfen, für die es vorher keine wirksame Behandlungsmöglichkeit gegeben hatte. Oscar Wild erlebte diese Zeit als Assistent mit. Der hier veröffentlichte Briefwechsel deutet auf die spätere Verbundenheit der beiden hin. Oscar Wild brachte die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Rhino-Laryngologie nach Zürich. Hier widmete er seine wissenschaftliche Tätigkeit weiter der Bronchoskopie und der Extraktion von Fremdkörpern aus den Luft- und Speisewegen. Er legte diese Fremdkörper in einen Holzkasten, der uns bis heute samt seinem Inhalt erhalten geblieben ist. Der Holzkasten war das Geschenk eines Zürcher Industriellen, bei dessen fünf Mona-

te altem Sohn Wild eine verschluckte Brosche aus dem Kehlkopf entfernt hatte. Es konnte festgestellt werden, dass in einer Abhandlung Wilds von zirka 20 Gegenständen aus dem Holzkasten Herkunft und Umstände beschrieben sind.

In Zusammenarbeit mit der chirurgischen Klinik der Universität Zürich beschäftigte sich Wild auch mit der Luftröhrenuntersuchung bei Kropfkranken. Es war wichtig zu wissen, ob, wie stark und wo eine Struma die Luftröhre verengte.

Insgesamt diente Oscar Wild als Wegbereiter für das 1927 an der Universität Zürich geschaffene Extraordinariat für Oto-Rhino-Laryngologie, das Felix Nager übertragen wurde.

SUMMARY

Oscar Wild (1870-1932) studied medicine in Geneva and Zurich, where he received his medical degree in 1896. After his post-graduate education in London at Bartholomew's Hospital, at the Gynaecological Clinic in Tübingen (Germany) and at the Lung Sanatory of Dr. Turban in Davos (Switzerland), he became first assistant of Gustav Killian in Freiburg im Breisgau (1899-1901). This was the period when Killian described direct bronchoscopy (1898) and began with the extraction of aspirated and swallowed foreign bodies. Then, in 1901, Wild moved back to Zurich and started a practice for lung diseases and rhinolaryngology. In 1905, he began with lectures and courses at the University of Zurich. Ten years later, he abandoned his academic career because of his poor health.

In Zurich, Oscar Wild continued his work about the extraction of aspirated and swallowed foreign bodies. A wooden box containing part of them is preserved in the collections of the Institute of Medical History, Zurich. The objects of about 20 cases, which Wild reported in a paper in 1920, were identified in this wooden box. At the Surgical Department of the Zurich University Hospital, Wild studied tracheal obstruction caused by goiter.

PERSONENREGISTER

Aman, Richard (Patient) 64
Amstad, Robert (Patient) 54, 59
Anderes, Ernst (1883-1952) 11, 74
Avellis, Georg (1864-1916) 26
Baer, Alfred (1868-1940) 74
Baumann, Hermine (Patientin) 59
Baumgarten, Paul von (1848-1928) 32, 34, 70
Bäumler, Christian (1836-1933) 24
Beckmann, Hugo (1861-1907) 53, 72
Beinegger, Marta (Patientin) 56, 63
Bianchi (Patient) 51, 61
Boeker 52
Brasch, Walther (1878-1918) 32, 70
Brünings, Wilhelm (1876-1958) 19
Brunner, Gustav (1831-1910) 7
Bühlmann, Paul (Patient) 61
Buxtorf, August (1877-1969) 15
Charcot, Jean-Martin (1825-1893) 10
Czermak, Johann Nepomuk (1828-1873) 42, 46, 71
De Angelis (Patient) 62
Denker, Alfred (1863-1941) 70
Döderlein, Albert (1860-1941) 74
Dresch, Ida (Patientin) 62
Dutweiler (Patient) 61
Eichhorst, Hermann (1849-1921) 10
Eicke, Vera (Patientin) 63
Eicken, Carl von (1873-1960) 19, 28, 31
Ettlinger, Leopold (geb. 1914) 15
Fahnestock, William Baker (geb. 1804) 52, 72
Fingerhuth, Max (1876-1926) 64, 72
Fischenich 25, 70
Fischer, Gustav (1845-1910) 20
Forel, August (1848-1931) 10

Forster 23

Fränkel, Bernhard (1836-1913) 17, 24, 48

Gagliardi, Ernst (1882-1940) 75

Garcia, Emanuel (1805-1906) 46, 71

Gäumann, Ernst (1893-1969) 14, 15

Gersuny, Robert (1844-1924) 47, 48

Goldmann, Edwin Ellen (1863-1913) 24

Goll, Friedrich (1825-1903) 46

Gomringer (Patientin) 64

Gossweiler, Emil (Patient) 51, 61

Gujer, Hanny (Patientin) 63

Güntensperger, Joseph (Patient) 53, 60

Gwalter, Hans (Patient) 62

Hanau, Arthur Nathan (1858-1900) 32, 34, 70

Hartmann, Arthur (1849-1931) 17

Häusler, Rösli (Patientin) 54, 61

Hausmann AG, Medizinal- und Sanitätsgeschäft in St. Gallen, gegründet von Karl Friedrich Hausmann (1843-1920) 67

Hess, Hans (geb. 1920) 15

Heymann, Paul (1849-1931) 21, 70

Hierlemann, Emma 8, 12, 75

Hotz (Patient) 29

Hug 27

Huguenin, Gustav (1841-1920) 32, 70

Inračz 24, 25

Kahler, Otto (1878-1946) 70

Kaufmann, Hans 75

Killian, Gustav (1860-1921) 7, 10, 12, 17-31, 37-39, 42, 46, 48, 51, 57, 66, 69, 72, 75f., 78, 80

Killian, Hans (1892-1982) 69, 75

Kirstein, Alfred (1863-1922) 42, 43, 71

Klein, Edward Emanuel (1844-1925) 36

Knöpfel (Patient) 63

Koch, Robert (1843-1910) 33, 34

Kocher, Theodor (1841-1917) 26

Kollreuther, Otto 19
Kramer, Louise (Patientin) 52, 60
Kramer, Rosa (Patientin) 60
Krause, Hermann (1848-1921) 17
Krönlein, Ulrich (1847-1910) 10, 23, 27
Kubo, Ino (1874-1939) 19
Kullmann-Staub (Patientin) 61
Landolt, Elias (geb. 1926) 15
Lenbach, Franz (1836-1904) 9
Lermoyez, Marcel (1858-1929) 24
Lindt, Wilhelm (1860-1916) 26, 27
Luc, Henry (1855-1925) 24
Manz, Heinrich Ernst (geb. 1881) 11
Maurer, Marta (Patientin) 63
Mayer, Ernst (Vetter Wilds) 12
Mayer, Ludwig (geb. 1895), Vetter Wilds 14, 16, 31
Meyer, siehe Mayer, Ludwig!
Meyer-Hüni, Rudolf (1844-1924) 7
Moritz, Alois (Patient) 51, 61
Moser, Friedrich (Patient) 65, 76
Moure, Jean-Gabriel-Emile (1855-1941) 24
Muck, Otto (1871-1942) 50
Mühlebach, Elise (Patientin) 56, 63
Nabholz, Hans (1874-1961) 75
Näf, Pauline (Patientin) 54, 56, 60, 62
Nager, Felix (1877-1959) 7, 68, 79
Orth, Johannes (1847-1923) 35, 71
Pampaluchi, Arturo (Patient) 61
Pänter, Fritz (Patient) 63
Paterson, Donald Rose (1862-1939) 24, 70
Pilny (Patient) 52, 60
Pravaz, Charles-Gabriel (1791-1853) 24
Raymond, Fulgence (1844-1910) 10
Reiner, H. 76
Ribbert, Hugo (1855-1920) 10, 32, 33

- Rohrer, Friedrich (1848-1932) 7
Rudolf, E. (Patientin) 61
Russenberger, Hedwig (Patientin) 60
Schleuniger, Julie, siehe Wild-Schleuniger!
Schoch, Hans (Patient) 60
Seifert, Otto (1853-1933) 25
Semon, Felix (1849-1921) 24
Shore, Thomas W. (Dekan des Medical College of St. Bartholomew's Hospital 1908-1930) 74
Siebenmann, Friedrich (1852-1928) 26, 27, 31
Sigg, Arnold 34, 70, 71
Speck (Patient) 55, 63
Stadler, Berta (Patientin) 60
Staub, Richard (Patient) 56, 62, 64f., 76
Staub, Richard (Vater) 64f., 76
Steiger (Patient) 60
Steiner, Albert 10, 13
Steiner, Frau Dr. (Patientin) 62
Steno, Nicolaus (1638-1686) 62
Stöhr, Philipp (1849-1911) 10
Strohl, Jean (1886-1942) 75
Suchannek, Hermann (1853-1915) 7
Turban, Karl (1856-1935) 10, 35, 39, 78, 80
Türk, Ludwig (1810-1868) 42, 43, 46, 71
Vecchi (Patient) 63
Virchow, Rudolf (1821-1902) 70, 71
Voltolini, Friedrich Eduard Rudolph (1819-1889) 42, 71
Weigert, Carl (1845-1904) 32, 33, 34, 35, 70
Wharton, Thomas (1614-1673) 62
Wild, Franz Pankraz (1835-1907), Vater Oscar Wilds 9, 16, 29
Wild, Hans (geb. und gest. 1906) 11, 16
Wild, Hermann (1875-1900), Bruder Oscar Wilds 9, 16
Wild, Karl (1876-1920), Bruder Oscar Wilds 9, 16
Wild, Nora, siehe Winterhalter-Wild!
Wild-Schleuniger, Julie (Mutter Oscar Wilds) 9, 16

Wild-Winterhalter, Theresia 15, 16
Wild-Zweifel, Maria, siehe Zweifel, Maria!
Winterhalter, Kaspar Heinrich (geb. 1934) 15, 16
Winterhalter, Martin 14, 16
Winterhalter, Robert (1902-1978) 14, 15, 16
Winterhalter, Ursula Maria (geb. 1930) 15, 16
Winterhalter-Wild, Nora (geb. 1903) 8, 10, 11, 13, 14f., 16,
64, 75
Wittwer, Z. (Patientin) 62
Wyssokowitsch, W. 33, 70
Zaufal, Emanuel (1837-1910) 66
Zirker, Otto (Patient) 61
Zweifel, Heinrich (Henry), Schwiegervater Oscar Wilds 10, 13
Zweifel, Maria (Gattin Oscar Wilds) 10, 11, 16, 29

LEBENS LAUF

Ich, Erich Rudolf Müller, wurde am 27. Juni 1957 als Sohn des Physikers Karl Alex Müller und der Ingeborg geb. Winkler in Zürich geboren. Die Schulen besuchte ich im Kanton Zürich: die Primarschule in Affoltern am Albis, die Sekundarschule in Hedingen und das Gymnasium in Urdorf. Nach der Matura Typus C 1977 studierte ich an der Universität Zürich Zahnmedizin bis zum Staatsexamen 1982. Nach einer Australienreise trat ich im Frühling 1983 eine Stelle an der Schulzahnklinik Wiedikon an, von der ich im Herbst 1983 an die Schulzahnklinik Oerlikon wechselte. Seit Dezember 1985 arbeite ich als Assistent bei Dr. med. dent. Werner Brunhart in Uster.

